*Załącznik Nr 4 do Uchwały Nr 280/VII/18**Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych*

*w Zamościu z dnia 22 czerwca 2018 roku w sprawie zasad przyznawania pomocy finansowej*

*członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu*

 Zamość, dnia . .....................

..........................................................

nazwisko i imię

...........................................................

adres, telefon

...........................................................

 nr konta bankowego

**Wniosek**

**do Okręgowej Rady**

**Pielęgniarek i Położnych**

**w Zamościu**

**o przyznanie zasiłku statutowego**

Zwracam się z prośbą o wypłacenie zasiłku statutowego z tytułu przejścia na:

□ emeryturę,

□ rentę inwalidzką,

□ zasiłek przedemerytalny

□ świadczenie przedemerytalne

Oświadczam że z dniem ……………….przeszłam na …………………nazwa organu przyznającego świadczenie …………………………………Nr decyzji o przyznaniu świadczenia ………………z dnia ……………….

 Zgodnie z art.233& 1 Kodeksu Karnego oświadczam , że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia .

***Ponadto***

***Na podstawie art. 10 ust 1 pkt. 9 i art. 20 ust 1 Ustawy o podatku od osób fizycznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 200), zasiłek statutowy należy zakwalifikować jako przychody od osób fizycznych z innych źródeł, które powinny być wykazane w zeznaniu podatkowym za dany rok w pozycji „inne źródła”.***

***Podlega on kumulacji z innymi przychodami i opodatkowaniu wg obowiązującej skali podatkowej.***

 **załączniki :**

- zaświadczenie o opłacaniu składek na OIPiP

- arkusz aktualizacyjny danych do Okręgowego Rejestru

***W związku ze złożonym wnioskiem wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji niniejszego wniosku – zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016 /679 z dnia 26 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L119 z 04.05 .2016)***

***Ponadto informuje że Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu zwana dalej OIPiP 22-400 Zamość ul. Odrodzenia 7 ,*** ***oipipzamosc@oipip.eu******.***

 ……………………………. ..…………………...

 *Miejscowość , data podpis*