

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Miejscowość i data

.....  
Adres

.....  
Numer prawa wykonywania zawodu

.....  
Numer telefonu kontaktowego

**Okręgowa Izba Pielęgniarek  
i Położnych w Częstochowie**

42-200 Częstochowa  
ul. Pułaskiego 25

**WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z OPŁACANIA SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ  
dla pielęgniarki/położnej uprawnionej do takiego zwolnienia**

W oparciu o § 4 testu jednolitego uchwał 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału wnoszę o zwolnienie z opłacania składek członkowskich z uwagi na fakt, że jestem osobą:

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | bezrobotną, zarejestrowaną w urzędzie pracy   |
| <input type="checkbox"/> | która zaprzestała wykonywania zawodu i złożyła wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie której jestem członkiem |
| <input type="checkbox"/> | wykonywając zawód wyłącznie w formie wolontariatu   |
| <input type="checkbox"/> | przebywającą na urlopie macierzyńskim   |
| <input type="checkbox"/> | przebywającą na urlopie tacierzyńskim   |
| <input type="checkbox"/> | przebywającą na urlopie rodzicielskim   |
| <input type="checkbox"/> | przebywającą na urlopie wychowawczym  |
| <input type="checkbox"/> | pobierającą świadczenie rehabilitacyjne   |
| <input type="checkbox"/> | pobierającą świadczenie pielęgnacyjne   |
| <input type="checkbox"/> | pobierającą zasiłek z pomocy społecznej   |
| <input type="checkbox"/> | będącą opiekunem osoby/osób otrzymującej świadczenie pielęgnacyjne stanowiące jej/ich jedyne źródło dochodu                               |
| <input type="checkbox"/> | będącą studentem / studentką studiów stacjonarnych (dziennych) II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo i nie wykonującą zawodu  |
| <input type="checkbox"/> | pobierającą zasiłek chorobowy z ZUS - bez stosunku pracy  |
| <input type="checkbox"/> | niepracującą - posiadającą status emeryta   |
| <input type="checkbox"/> | niepracującą - posiadającą status rencisty  |
| <input type="checkbox"/> | niepracującą - pobierającą świadczenie przedemerytalne  |

\* należy zaznaczyć krzyżykiem  wybraną opcję

W celu potwierdzenia w/w sytuacji w załączaniu przedstawiam adekwatne zaświadczenie:

.....  
(np. zaświadczenie z urzędu pracy, zaświadczenie z uczelni, decyzję ZUS o przyznaniu renty/emerytury)

**Jednocześnie oświadczam, że wiem, iż na podstawie art. 11 ust. 1 pkt 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych mam obowiązek poinformować o wszelkich zmianach wpływających na prawo do korzystania z w/w uprawnień oraz aktualizować inne dane widniejące w rejestrze pielęgniarek i rejestrze położnych.**

.....  
Podpis osoby wnioskującej