**Załącznik nr 7 do umowy   
nr ……………………………**

**z dnia …….…………….…..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |  | | --- | | (oznaczenie pracodawcy) | | |  | | |  | | --- | | Legionowo, ................... | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | --- | | Badanie należy wykonać w terminie do dnia: **..................... r.** | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | | --- | | **SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE nr ........./........../.......... rok**  **(wstępne/okresowe/kontrolne)**  Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - *Kodeks pracy*  (Dz. U. z 2022 r., poz. 1510, 1700, 2140 oraz z 2023 r., poz. 240) kieruję na badania lekarskie:  Pana/Panią\*:  ……………………………………………………………………….……………………………………………. nr PESEL\*\*:  ………………………………………. zamieszkałego/zamieszkałą\*: …………………………………………………………………….………………….……………………………. zatrudnionego/zatrudnioną \* lub podejmującego/podejmującą\* pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy w …………………………………….…………………………………………………. określenie stanowiska/stanowisk\* pracy\*\*\*:  ………………………………………………………………………………………………………………………  Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy, czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach - należy wpisać nazwę czynnika/czynników  i wielkość/wielkości narażenia\*\*\*\*:  I. Czynniki fizyczne: ……………………………………………………….…..………………………………… II. Pyły: ……………………………………………………………….………….………………………………… III. Czynniki chemiczne: ………………………………………….………….…………………………………. IV. Czynniki biologiczne: ………………………………………………………………………………………. V. Inne czynniki, w tym, niebezpieczne: ……………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | | --- | | Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych  w skierowaniu: | | | | | | | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  | | | |  | | | | |  |  |  |  |  |
|  | ..............................................  (pieczęć i podpis wystawiającego skierowanie) | | | | | | | | | |  | | --- | | ..................................................... (pieczęć i podpis osoby rejestrującej skierowanie) | | | | | |  |  |
|  |  |  |  | |  | | --- | | Objaśnienia:  \* Niepotrzebne skreślić.  \*\* W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL - seria, numer i nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy - data  urodzenia.  \*\*\* Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonania.  \*\*\*\* Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy: 1) wydane na podstawie:  a) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy dotyczące wykazu   substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów   technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,  b) art. 222¹ § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy dotyczące wykazu  szkodliwych czynników biologicznych,  c) art. 227 § 2 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy dotyczące badań   i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,  d) art. 228 § 3 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy dotyczące wykazu  najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia  w środowisku pracy,  e) art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. - *Prawo atomowe* (Dz. U. z 2014 r.  poz. 1512) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego; 2) załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja  1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, z zakresu   profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich  wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. Nr 69, poz. 332,   z późn. zm.).  Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w trzech egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania. | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | (oznaczenie pracodawcy) | | | |  |  |  | |  | | --- | | Legionowo, ................... | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | | --- | | Badanie należy wykonać w terminie do dnia: **.................. r.** | | |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **SKIEROWANIE NA BADANIE nr ........./........../.......... rok**  **policjanta**  Na podstawie art. 71b ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. *o Policji* (Dz. U. z 2023 r.,  poz. 171, z 2022 r., poz. 2600, z 2023 r., poz. 185, 240 i 347) kieruję na badania lekarskie:  Pana/Panią\*\*:  ………………………………………………………………………….……………………………………….. nr PESEL:  ………………………………………………………………………….………………………………………..  zamieszkałego (-łą: ………………………………………………………………………….………………………………………..   pełniącego (-cą) służbę na stanowisku w …………………….………………………………………. Opis warunków pełnienia służby\*\*\*: …………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………  Informacje o występowaniu na stanowisku służby czynników szkodliwych lub uciążliwych lub innych wynikających z warunków pełnienia służby, w tym: 1) czynniki fizyczne (należy podać czas narażenia i wyniki pomiarów)\*\*:  a) hałas  b) promieniowanie i pole elektromagnetyczne  c) inne:  2) czynniki chemiczne (należy podać czas narażenia i wyniki pomiarów)\*\*:  3) czynniki biologiczne\*\*:  a) HCV  b) HIV  c) wirus kleszczowego zapalenia mózgu  d) inne:  4) czynniki psychofizyczne\*\*:  a) stały duży dopływ informacji i gotowość do odpowiedzi  b) stanowisko decyzyjne i związane z odpowiedzialnością  c) zagrożenia wynikające z narażenia życia  d) służba przy obsłudze monitorów ekranowych (liczba godzin obsługi monitora ekranowego ................................................)  e) służba na wysokości  f) służba zmianowa/nocna\*\*  g) służba fizyczna wymagająca dużego wysiłku:  - dźwiganie ciężarów - (do ilu kg?)  - wydatek energetyczny - ilość kcal/8 godz. - wyniki badania/pomiaru\*\*  h) praca w wymuszonej pozycji,  i) inne:  5) inne czynniki:  Łączna liczba czynników wskazanych w pkt 1-5     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | |  | | --- | |  | |  |  |  |  |  |  | | |  | | --- | | .............................................. (pieczęć i podpis wystawiającego kierowanie) | | |  | | --- | | ..................................................... (pieczęć i podpis osoby rejestrującej skierowanie) | | | | | |  |   \* Wpisać właściwy numer załącznika do rozporządzenia (1-4) i liczbę porządkową (jeśli jest określona). \*\* Niepotrzebne skreślić. \*\*\* Należy opisać rodzaj służby, podstawowe czynności wykonywane na stanowisku, sposób i czas ich wykonywania. | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  | |  | | --- | | **SKIEROWANIE NA WYKONANIE BADAŃ KIEROWCY LUB**  **OSOBY KIERUJĄCEJ POJAZDEM SŁUŻBOWYM UPRZYWILEJOWANYM** | |  | |  |  |  | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | | --- | | (oznaczenie pracodawcy) | | |  |  |  |  | |  | | --- | | **.........................**  (data rejestracji) | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | | --- | | Badanie należy wykonać  w terminie do dnia: **.................. r.** | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | --- | | ............................................ (pieczęć i podpis lekarza) | | |  |
|  |  |  | |  | | --- | | **SKIEROWANIE NR ........./........../.......... rok** | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |  | |  | | --- | | prawo jazdy kategorii:  Nazwisko i imię:  Identyfikator kadrowy:  PESEL:  Data urodzenia:  Komórka organizacyjna:  Stanowisko:  Adres zamieszkania: **-**  Skierowanie wystawiono w związku z: | | |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | --- | | ...................................................... (pieczęć i podpis pracodawcy /  osoby upoważnionej) | |  | |  |  |  |  | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | | --- | | ................................................................. (pieczęć i podpis osoby upoważnionej  do rejestracji skierowania) | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  | |  | | --- | | **SKIEROWANIE NA WYKONANIE SZCZEPIEŃ** | |  | |  |  |  | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | | --- | | (oznaczenie pracodawcy) | | |  |  |  |  | |  | | --- | | **.........................**  (data rejestracji) | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | | --- | | ............................................ (pieczęć i podpis lekarza) | | | |  |
|  |  |  | |  | | --- | | **SKIEROWANIE NR ........./........../.......... rok** | | | |  |  |
|  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |  | |  | | --- | | Nazwa szczepienia:  Nazwisko i imię:  Identyfikator kadrowy:  PESEL:  Data urodzenia:  Komórka organizacyjna:  Stanowisko:  Adres zamieszkania:  Uwagi i przeciwwskazania do szczepień zgłaszane przez kierowanego: …………………………………………………………………………………………. | | |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | --- | | ...................................................... (pieczęć i podpis pracodawcy /  osoby upoważnionej) | |  | |  |  |  |  | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | | --- | | ................................................................. (pieczęć i podpis osoby upoważnionej  do rejestracji skierowania) | | | | | |  |

Data wystawienia.......................................

**PŁATNIK:**

**SKIEROWANIE Nr…………..………**

**na wykonanie szczepień ochronnych członka kontyngentu policyjnego wyjeżdżającego do:**

**…………………………………………………………………………………………………………..……………**

**Imię i nazwisko** .........................................................................................................................................

**PESEL: ……………………………………………………………………..…………………………………………**

**Miejsce zamieszkania** ……………….…………………………………..…………….…………………………

**Miejsce pełnienia służby**..........................................................................................................................

**Okres delegowania**...................................................................................................................................

**Miejsce delegowania**…………………………………………………………………..………………………

**Stanowisko w kontyngencie** ……………………………………………………………………………………

**Zakres zadań w kontyngencie** ………………………………………………………………………………

……………………………………………

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

Data wystawienia.......................................

**PŁATNIK:**

**na wykonanie badań członka kontyngentu policyjnego :**

**\* PP** – laboratoryjnych, lekarskich po powrocie z misji

**PW**- laboratoryjnych, lekarskich przed wyjazdem na misję

**Imię i nazwisko** ..........................................................................................................................................

**PESEL: …………………………….…………………………………………………………………………………**

**Miejsce zamieszkania** ………………………………………..………………………………………………….

**Miejsce pełnienia służby**..........................................................................................................................

**Okres delegowania**...................................................................................................................................

**Miejsce delegowania**…………………………………..…………….……………..……………………………

**Stanowisko w kontyngencie** ………………………………………….………..……………….………………

**Zakres zadań w kontyngencie** ……………………………………………………..………………………….

……………………….……………………………………………………………………………..…………………

…………………………………..…………………………………………………………………………………….

**SKIEROWANIE Nr………………..**

\* niewłaściwe skreślić

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

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

(nazwa podmiotu leczniczego)

**ORZECZENIE LEKARSKIE**

**KANDYDATA DO SŁUŻBY (PRACY) W KONTYNGENCIE POLICYJNYM POZA GRANICAMI PAŃSTWA**

…………………………………..

(miejscowość, data)

Pani/Pan:..................................................................................................................................................

(stopień służbowy, imię i nazwisko)

ur. ………………………..……………………….………

Legitymujący się dowodem tożsamości

policjant: legitymacją służbową …………………………………………….…………….

pracownik: dowodem osobistym ……….……………………………………….……….

Kwalifikuje się do pobytu i służby (pracy)

w …………………………………...…………………………...…………………………………….……………….

na okres ………………………………………………………...……………………………………………..…..

w charakterze ……………………………………………………………...…………………………………….

delegowany przez …………………………………………………….…………………………….…………..

Nie stwierdza się przeciwskazań do przeprowadzania szczepień ochronnych.

Wyjeżdzającego poinformowano o obowiązku stawienia się na badania laboratoryjne   
po powrocie z misji.

………..……………..……

(pieczęć i podpis lekarza)

**HEALTH CERTIFICATE**

**PERSONAL DATA**

1. Surname (family) ………………………………………….. first names ……………………………………………….

fatherʹs first name ………………………………………… motherʹs name …………………………………………

1. Date of birt: year ………………….month……………. day………….. place …………………………………..…
2. Permanent (family) adress: country: POLAND

street, no …………………………………….. code ………………………. city ………………………………………….

**PREVIOUS MEDICAL RECORD**

1. Personal medical history:
2. congenital or acquired disability ………………………………………………………………………………..
3. chronic conditions: diabetes, asthma, hypertension, rheumatic, allergy, psychiatric, neurological, others …………………………………………………………………………………………………..
4. medication (temporary/long standing) ……………………………………………………………………….
5. hospitalization, date, diagnosis …………………………………………………………………………………..
6. Family diseases ………………………………………………………………………………………………………………..
7. Other information ……………………………………………………………………………………………………………

**MEDICAL EXAMINATION**

1. Height ……………………. Cm, weight …………………….. kg
2. Blood pressure …………………………………………. pulse ……………………………………..per minute
3. Physical exam. of the systems ……………………………………………………………………………………..

Observations ……………………………………………………………………………………………………………….

1. Vision …………… glasses/correction Rt ……………. Lt …………….. colours ………………………….
2. Mental health ……………………………………………………………………………………………………………..
3. General blood and urine tests ……………………………………………………………………………………..
4. Chest X-ray (can be separately done) date ………………………. result ………………………….…..

**MEDICAL CONCLUSION (delete, if not applicable)**

1. ……………………………..……………………………………………. Is in good health condition and hence

- able to exercise and discharge the authority and duties imposed on him.

1. Physicianʹs name and signature:

place ……………………………….. date …………………………. Signature ……………………………..…….

1. Official Stamp, address, phone or fax.