

PŁATNIK:
KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI
W SZCZECINIE
ul. Małopolska 47, 70-515 Szczecin
PKD: 84.24.Z, REGON: 810903040
NIP: 851-030-96-92
(oznaczenie pracodawcy)

Szczecin,

Badanie należy wykonać w terminie
do dnia: r.

**SKIEROWANIE NA BADANIE nr/...../..... rok
okresowe policjanta według załącznika nr lp. ***

Na podstawie art. 71b ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (dz. U. z 2016 r. poz. 1782, z późn. zm.)
kieruję na badania lekarskie:

Pana/Panią**:

nr PESEL:

zamieszkałego (-lą): -

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: 0

.....
(pieczęć i podpis wystawiającego skierowanie)

.....
(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.

PŁATNIK:
KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI
W SZCZECINIE
ul. Małopolska 47, 70-515 Szczecin
PKD: 84.24 Z, REGON: 810903040
NIP: 851-030-96-92
(oznaczenie pracodawcy)

Szczecin,

Badanie należy wykonać w terminie
do dnia: r.

**SKIEROWANIE NA BADANIE nr/...../..... rok
kontrolne policjanta**

Na podstawie art. 71b ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (dz. U. z 2016 r. poz. 1782, z późn. zm.)
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: 0

.....
(pieczęć i podpis wystawiającego skierowanie)

.....
(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**

PŁATNIK:
KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI
W SZCZECINIE
ul. Małopolska 47, 70-515 Szczecin
PKD: 84.24.Z, REGON: 810903040
NIP: 851-030-96-92
(oznaczenie pracodawcy)

.....
(data rejestracji)

Badanie należy wykonać w terminie
do dnia: r.

SKIEROWANIE NR/...../..... rok

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

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)

Szczecin, dniar.

SKIEROWANIE NA BADANIA PSYCHOLOGICZNE NR/I/20

Działając na podstawie art. 82 ust. 1 pkt. 6 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2019 r., poz.341 t.j.) kieruję na badania psychologiczne

Pana/Panią
(imię i nazwisko)

nr PESEL.....

.....
(miejscowość, ulica, nr domu i nr mieszkania)

w celu orzeczenia istnienia lub braku przeciwwskazań psychologicznych do kierowania pojazdem.

Uwaga

Badania psychologiczne wykonują:
Poradnia Zdrowia Psychicznego

.....
(podpis i pieczęć kierownika jednostki lub komórki organizacyjnej)

.....
(podpis i pieczęć upoważnionego pracownika MP)

STERMOTORZYSTA

Szczecin, dnia

SKIEROWANIE NA BADANIA PSYCHOLOGICZNE NR

Działając na podstawie § 3 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2003 r. w sprawie warunków zdrowotnych wymaganych od osób wykonujących pracę na statkach żeglugi śródlądowej (Dz. U. z 2003 r., Nr 199, poz. 1949) kieruję na badania psychologiczne

Pana/Panią
(imię i nazwisko)

nr PESEL

zam.
(miejscowość, ulica, nr domu i nr mieszkania)

w celu orzeczenia istnienia lub braku przeciwwskazań psychologicznych do kierowania pojazdem.

.....
(podpis i pieczęć kierownika jednostki lub komórki organizacyjnej)

.....
(podpis i pieczęć upoważnionego pracownika MP)

**KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI
W SZCZECINIE**

EKD 7524
regon 810 90 30 40

Szczecin dnia

.....
(data rejestracji)

.....
(podpis i pieczęć lekarza PMP)

UWAGA !

Skierowanie ważne 30 dni
od daty wystawienia

SKIEROWANIE NR

Na badania:

- stermotorzysty

Nazwisko i imię imię ojca

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Stanowisko – policjant

.....
(podpis i pieczęć kierownika jednostki lub komórki organizacyjnej)

Wypełnia kierujący na badania

.....
(podpis i pieczęć upoważnionego pracownika MP)