

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 BADANIA LEKARSKIE nr ...../...../..... rok  
(wstępne)**

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.) 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: **brak.**

II. Pyły: **brak.**

III. Czynniki chemiczne: **brak.**

IV. Czynniki biologiczne: **brak.**

V. Inne czynniki, w tym, niebezpieczne: **brak.**

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu: 

0
---

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

.....  
(pieczęć i podpis osoby rejestrującej skierowanie)

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 BADANIA LEKARSKIE nr ...../...../..... rok  
(okresowe)**

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.) 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: **brak.**

II. Pyły: **brak.**

III. Czynniki chemiczne: **brak.**

IV. Czynniki biologiczne: **brak.**

V. Inne czynniki, w tym, niebezpieczne: **brak.**

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu: 0

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

.....  
(pieczęć i podpis osoby rejestrującej skierowanie)

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 BADANIA LEKARSKIE nr ...../...../..... rok  
(kontrolne)**

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.) 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: **brak.**

II. Pyły: **brak.**

III. Czynniki chemiczne: **brak.**

IV. Czynniki biologiczne: **brak.**

V. Inne czynniki, w tym, niebezpieczne: **brak.**

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu: 0

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

.....  
(pieczęć i podpis osoby rejestrującej skierowanie)

**PLATNIK:**

**KWP w Szczecinie**

**70-515 Szczecin, ul Małopolska 47**

**REGON : 81090340**

**NIP: 851-030-96-92**

.....  
(miejscowość, data rejestracji)

**SKIEROWANIE NA BADANIE SANITARNO - EPIDEMIOLOGICZNE**

**nr ...../20.../SE**

(Dz. U. z 2020 r. poz. 1845)

Pana/Panią\*\*) .....  
(imię i nazwisko)

numer pesel .....

zamieszkałego(łą): .....

.....  
(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

pełniącego(-cą) służbę na stanowisku służbowym: .....

nazwa jednostki organizacyjnej Policji .....

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

.....  
(pieczęć i podpis osoby rejestrującej skierowanie)

**PŁATNIK:**

**KWP w Szczecinie**

**70-515 Szczecin, ul Małopolska 47**

**REGON : 81090340**

**NIP: 851-030-96-92**

.....  
(miejscowość, data rejestracji)

**SKIEROWANIE NA BADANIE PŁETWONURKA**

**nr ...../20...../NUR**

( § 5 Zarządzenie nr 212 KGP z dnia 25.02.2009 r. ;  
§ 5 pkt. 10 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 11.02.2011r.)

Pana/Panią\*\*) .....  
(imię i nazwisko)

numer pesel .....

zamieszkałego(łą): .....

.....  
(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

pełniącego(-cą) służbę na stanowisku służbowym: .....

nazwa jednostki organizacyjnej Policji .....

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

.....  
(pieczęć i podpis osoby rejestrującej skierowanie)