**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 dokumentustwierdzającego 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 terminiedo 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 upoważnionejdo 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 upoważnionejdo 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.