|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Załącznik nr 3 | | | |  |  | |  | |
|  |  | |  | | --- | | **PŁATNIK:** KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI W POZNANIU ul. Kochanowskiego 2A, 60-844 Poznań PKD: 84.24.Z, REGON: 630703410 NIP: 777-00-01-878 (oznaczenie pracodawcy) | | | | | |  |  |  | |  | | --- | | Poznań, ................... | | | | |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | | |  | | --- | | Badanie należy wykonać w terminie do dnia: | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | | --- | | **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 (-łą):  pełniącego (-cą) służbę na stanowisku   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  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 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  |
|  |
|  |