|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | za | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
|  | | | | |  |  |  |  | za | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  |  |  | | | |
|  | | | | |  | Załącznik nr 1 do umowy   |  | | --- | | **PŁATNIK:** KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI W KIELCACH ul. Seminaryjska 12, 25-372 Kielce PKD: 84.24.Z, REGON: 290727869 NIP: 657-031-33-31 (oznaczenie pracodawcy) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  | | --- | | Kielce, ……………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | |
|  | | | | |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  |  |  | | | |
|  | | | | |  |  |  | |  |  | |  | | --- | | 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 (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,   |  | | --- | | Łączna liczba czynników wskazanych w pkt 1-5: |  |  | | --- | |  |   i) inne:  5) inne czynniki:**…………..** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  |  |  | | | |
|  | | | | |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  |  |  | | | |
|  | | | | |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  |  |  | | | |
|  | | | | |  |  |  |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | |  | | --- | | .  ................................................ (pieczęć i podpis pracownika ds. BHP) |  |  | | --- | | .............................................. (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 skreslić. \*\*\* Należy opisać rodzaj służby, podstawowe czynności wykonywane na stanowisku, sposób i czas ich wykonywania. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | |
|  | | | | |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  |  |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |  | | --- | | PŁATNIK: KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI W KIELCACH ul. Seminaryjska 12, 25-372 Kielce PKD: 84.24.Z, REGON: 290727869 NIP: 657-031-33-31 (oznaczenie pracodawcy) | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | --- | | Kielce, …………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  |  | | | | | | | | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  |  | | | | | | | | |  | | |  | | --- | | 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 2022 r. poz. 1510, z późn. zm.) kieruję na badania lekarskie:  Pana/Panią\*: **……………………………………………………………………………………………………………….**  nr PESEL\*\*:**………………………………………………………………………………………………………………...**  zamieszkałego/zamieszkałą\*: **…………………………………………………………………………………………...**   zatrudnionego/zatrudnioną \* lub podejmującego/podejmującą\* pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy  **………………………………………………………………………………………………………………………………..**  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 pracownika ds. BHP) (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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |  | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |  | | --- | | PŁATNIK: KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI W KIELCACH ul. Seminaryjska 12, 25-372 Kielce PKD: 84.24.Z, REGON: 290727869 NIP: 657-031-33-31 (oznaczenie pracodawcy) | | | |  | |  | | --- | | Kielce, ................... | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | | --- | | 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 2022 r. poz. 1510, z późn. zm.) kieruję na badania lekarskie:  Pana/Panią\*: …………………………………………………………………………………………………………  nr PESEL\*\*: ………………………………………………………………………………………………………………  zamieszkałego/zamieszkałą\*: **-**   zatrudnionego/zatrudnioną \* lub podejmującego/podejmującą\* pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy  ……………………………………………………………………………………………………………………………………  określenie stanowiska/stanowisk\* pracy\*\*\*: Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonywania: ………………………………………………………………………………………………………………...     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 pracownika ds. BHP) |  |  | | --- | | .............................................. (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. | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  | |  | | --- | | **SKIEROWANIE NA WYKONANIE SZCZEPIEŃ** | |  | |  |  |  | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | | --- | | PŁATNIK: KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI W KIELCACH ul. Seminaryjska 12, 25-372 Kielce PKD: 84.24.Z, REGON: 290727869 NIP: 657-031-33-31 (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) | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  | |  | | --- | | **SKIEROWANIE NA WYKONANIE BADAŃ KIEROWCY LUB**  **OSOBY KIERUJĄCEJ POJAZDEM SŁUŻBOWYM UPRZYWILEJOWANYM** | |  | |  |  |  | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | | --- | | PŁATNIK: KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI W KIELCACH ul. Seminaryjska 12, 25-372 Kielce PKD: 84.24.Z, REGON: 290727869 NIP: 657-031-33-31 (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 BADAŃ SPECJALISTYCZNYCH** | |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  | | --- | | PŁATNIK: KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI W KIELCACH ul. Seminaryjska 12, 25-372 Kielce PKD: 84.24.Z, REGON: 290727869 NIP: 657-031-33-31 (oznaczenie pracodawcy) |  |  | | --- | | **……………………………………………**  (data rejestracji) | | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | | --- | | **SKIEROWANIE NR ……/……../……………… rok** | | | |  |  | |  |  | |  | | --- | | **…………………………………………**  (data rejestracji) | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  | | |  |
|  |  |  |  | | | | |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |  | |  |  | | --- | --- | | **Nazwa badań specjalistycznych: dla stermotorzystów**  **Inne specjalistyczne…………………………………………**  )\* właściwe zakreślić  Nazwisko i imię: **………………………………………………………………………………………………..**  PESEL: **………………………………………………………………………………………………………..**  Data urodzenia: **……………………………………………………………………………………………….**  Adres zamieszkania: **…………………………………………………………………………………………..**    Komórka organizacyjna: **………………………………………………………………………………………**  Stanowisko:**………………………………………………………………………………………………………**  Skierowanie wystawiono w związku z:…………………………………………………………………………**.**   |  | | --- | | ...................................................... (pieczęć i podpis pracodawcy /  osoby upoważnionej) |   Potwierdzenie przez lekarza wykonania badania:  Data badania:…………..  Data następnego badania…………………..  ………………………………………………..  pieczęć i podpis lekarza | | |  | |  | Kwota za wykonanie badania::  Kwota |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | | | | | | | | | |  |
|  | |  |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  | |  | | --- | | **SKIEROWANIE NA WYKONANIE BADAŃ SPECJALISTYCZNYCH** | |  | |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | | --- | | PŁATNIK: KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI W KIELCACH ul. Seminaryjska 12, 25-372 Kielce PKD: 84.24.Z, REGON: 290727869 NIP: 657-031-33-31 (oznaczenie pracodawcy) | | |  |  |  |  | |  | | --- | | **…………………………………………**  (data rejestracji) | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  | |  |  |  | |  | | --- | | **SKIEROWANIE NR ……/……../……………… rok** | | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |  | |  |  | | --- | --- | | **Nazwa badań lekarskich do celów sanitarno – epidemiologicznych:**  - **policjanta**  **- pracownika -**  )\* właściwe zakreślić  Nazwisko i imię: **………………………………………………………………………………………………..**  PESEL: **………………………………………………………………………………………………………..**  Data urodzenia: **……………………………………………………………………………………………….**  Adres zamieszkania: **…………………………………………………………………………………………..**    Komórka organizacyjna: **………………………………………………………………………………………**  Stanowisko:**………………………………………………………………………………………………………**  Skierowanie wystawiono w związku z:…………………………………………………………………………**.**   |  | | --- | | ...................................................... (pieczęć i podpis pracodawcy /  osoby upoważnionej) |   Potwierdzenie przez lekarza wykonania badania:  Data badania:…………..  Data następnego badania…………………..  ………………………………………………..  pieczęć i podpis lekarza | | |  | |  | Kwota za wykonanie badania::  Kwota |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | | | | | | | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  | | | | |  |
|  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |