KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI W POZNANIU Załącznik nr 3

60-844 Poznań, ul. Kochanowskiego 2a

NIP :777-00-01-878

REGON: 630703410

…………………………………………… ……………………………………… (nazwa jednostki organizacyjnej Policji) (miejscowość, data rejestracji)

Nr sprawy: ZZP-2380 - …………….

Badanie należy wykonać w terminie do dnia………………………………r.

(data ważności badania)

**SKIEROWANIE NA BADANIE nr ………………./20….. r.**

* okresowe policjanta – zgodnie z załącznikiem ……. \*)
* kontrolne policjanta
* do celów sanitarno-epidemiologicznych

**Badania specjalistyczne:**

* upoważniające do kierowania pojazdami, w tym uprzywilejowanymi
* upoważniające do kierowania łodziami motorowymi
* przy zmianie warunków służby
* po orzeczeniu Komisji Lekarskiej o zdolności policjanta do służby z ograniczeniem
* kontrolne po zakończonej profilaktyce poekspozycyjnej
* turnus profilaktyczno – rehabilitacyjny i antystresowy

Na podstawie art. 71b ust. 1 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2019 r. poz. 161) oraz art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1040), kieruję na badanie lekarskie:

Pana/Panią\*\*) ………………………………………………………… imię ojca………………………………….

(imię nazwisko)

numer PESEL ……………………………………………………………………………………………………….

zamieszkałego( - łą) …………………………………………………………………………………………………

(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

pełniącego (-cą) służbę na stanowisku służbowym ……………………..w ……………………………………….

(nazwa jednostki organizacyjnej Policji)

komórka organizacyjna Policji ……………………………………………………………………………………..

posiadane prawo jazdy kat. ……………………………..

Opis warunków pełnienia służby\*\*\*) ………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………............................................................

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

Przysługujący urlop wypoczynkowy ………… dni i dodatkowy ………… dni \*\*\*\*\*)

Informacje o występowaniu na stanowisku służbowym czynników szkodliwych lub uciążliwych lub innych wynikających z warunków pełnienia służby, w tym:

1. czynniki fizyczne (należy podać czas narażenia i wyniki pomiarów)\*\*):
2. hałas: stały …………………………………………… impulsowy …………………………………,
3. promieniowanie i pole elektromagnetyczne …………………………………………………………,
4. inne:…………………………………………………………………………………………………..,
5. czynniki chemiczne (należy podać czas narażenia i wyniki pomiarów) \*\*): ……………………………

…………………………………………………………………………………………………………….,

1. czynniki biologiczne\*\*)
2. HCV,
3. HIV,
4. wirus kleszczowego zapalenia mózgu,
5. inne: …………………………………………………………………………………………………,
6. czynniki psychofizyczne\*\*):
7. stały duży dopływ informacji i gotowość do odpowiedzi,
8. stanowisko decyzyjne i związane z odpowiedzialnością,
9. zagrożenia wynikające z narażenia życia,
10. służba przy obsłudze monitorów ekranowych (liczba godzin obsługi monitora ekranowego …….),
11. służba na wysokości: ….. do 3 metrów, ….. powyżej 3 metrów,
12. służba zmianowa/nocna\*\*),
13. służba fizyczna wymagająca dużego wysiłku:

- dźwiganie ciężarów – (do ilu kg?) ………………………………………………………………….,

- wydatek energetyczny - ilość kcal/8 godz. – wyniki badania/pomiaru\*\*)……………………......,

1. praca w wymuszonej pozycji,
2. inne: ………………………………………………………………………………………………….,
3. inne czynniki:……………………………………………………………………………………………..,
4. kierowanie pojazdem: do 3,5 tony, powyżej 3,5 tony, wózkiem widłowym, maszyną w ruchu, samolotem (śmigłowcem), łodzią motorową\*\*)

Łączna liczba czynników wskazanych w punkcie 1 - 5:

………………………………………… …………………………………….

(pieczęć i podpis bezpośredniego przełożonego) (pieczęć i podpis osoby rejestrującej skierowanie)

…………………………………………

(pieczęć i podpis wystawiającego skierowanie\*\*\*\*)

\*) Wpisać właściwy numer załącznika (1-4) do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 9 stycznia 2017 r. w sprawie badań okresowych i kontrolnych policjantów (Dz. U. z 2019 poz. 439) i liczbę porządkową (jeśli jest określona).

\*\*) Niepotrzebne skreślić.

\*\*\*) Należy opisać rodzaj służby, podstawowe czynności wykonywane na stanowisku służbowym, sposób i czas ich wykonywania.

\*\*\*\*) Skierowanie wystawia przełożony, o którym mowa w Załączniku Nr 7 do umowy.

\*\*\*\*\*) Wypełnia się w przypadku skierowania na turnus profilaktyczno-rehabilitacyjny i antystresowy

Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w trzech egzemplarzach, z których jeden przeznaczony jest dla Wykonawcy. Pozostałe dwa egzemplarze po wykonaniu badania u Wykonawcy, zostają przekazane wraz z fakturą na adres płatnika.