|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | | --- | | **PŁATNIK:** KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI W OLSZTYNIE ul. Partyzantów 6/8, 10-521 Olsztyn PKD: 84.24.Z, REGON: 510064784 NIP: 739-020-66-11 (oznaczenie pracodawcy) | | | | | |  |  |  | Załącznik nr 5 do umowy   |  | | --- | | Olsztyn, ................... | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | | --- | | Badanie należy wykonać w terminie do dnia: **.................. r.** | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | | --- | | **SKIEROWANIE NA BADANIE nr ........./........../.......... rok**  **( okresowe, kontrolne)**  Na podstawie art. 71b ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (dz. U. z 2025 r. poz. 636, z późn. zm.) 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: | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | | --- | | **0** | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | |  | | --- | | ..................................................... (pieczęć i podpis osoby rejestrującej skierowanie) | | |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | | --- | | .............................................. (pieczęć i podpis wystawiającego 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. | | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |