KOMENDA WOJEWÓDZKA POLICJI W POZNANIU Załącznik nr 4

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.**

* wstępne pracownika
* okresowe pracownika
* kontrolne pracownika
* do celów sanitarno-epidemiologicznych

**Badania specjalistyczne:**

* upoważniające do kierowania pojazdami, w tym uprzywilejowanymi
* przy zmianie warunków pracy
* po orzeczeniu Komisji Lekarskiej ZUS o zdolności pracy z ograniczeniem lub na innym stanowisku
* kontrolne po zakończonej profilaktyce poekspozycyjnej
* turnus profilaktyczno – rehabilitacyjny i antystresowy

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917, z późn. zm.) kieruję na badanie lekarskie:

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

(imię nazwisko)

Nr PESEL \*\*) ………………………………………………………...…………………………………………….

zamieszkałego/zamieszkałą\*) ………………………………………………………………………………………

(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudnionego/zatrudnioną\*) lub podejmującego/podejmującą\*) pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy

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

jednostka/komórka organizacyjna Policji …………………………………………………………………………..

Posiadane prawo jazdy kat. ……………………………..

Określenie stanowiska/stanowisk\*) pracy\*\*\*) ……………………………………………………………………..

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

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

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

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\*\*\*\*):

1. Czynniki fizyczne:

* Praca: biurowa, fizyczna, ciężka, średnia, lekka\*)
* Hałas: stały …………………………………………… impulsowy …………………………………….
* Wibracja: ….. miejscowa, ….. ogólna
* Promieniowanie: ….. jonizujące, ….. EM (elektromagnetyczne), ….. UV (ultrafioletowe), ….. podczerwone ,… laserowe
* uciążliwości związane z obsługą monitorów ekranowych
* praca przy monitorze ekranowym poniżej połowy dobowego czasu pracy
* praca przy monitorze ekranowym powyżej połowy dobowego czasu pracy
* Oświetlenie: …..naturalne, …..sztuczne
* Mikroklimat: ….. gorący, ….. zimny

1. Pyły: … wymienić jakie

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

1. Czynniki chemiczne: … wymienić jakie

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

1. Czynniki biologiczne: …..HBV (żółtaczka typu B), … HCV (żółtaczka typu C), …. HIV , …... inne ……………………………………………………………………………………………...
2. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:

* Czynniki psychospołeczne: ….. stanowisko decyzyjne, ….. monotonia pracy, ….. stres, …..narażenie życia
* Kierowanie pojazdem: ….. do 3,5 tony, ….. powyżej 3,5 tony, …..wózkiem widłowym, ….. maszyną w ruchu,
* Praca na wysokości: ….. do 3 metrów, ….. powyżej 3 metrów
* Praca: ….. zmianowa, ….. nocna
* Wymuszona pozycja ciała
* Dźwiganie ciężarów: ….. ile kilogramów
* Inne: ………………………………………………………………………………………………..

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

………………………………………… …………………………………….

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

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

O b j a ś n i e n i a:

\*) 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 wykonywania.

\*\*\*\*) Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:

1. Wydane na podstawie:
2. 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,
3. art. 222¹ § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,
4. art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,
5. art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
6. 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;

* załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.. U. z 2018 r. poz. 108 z późn. zm.)
* Podkreślić lub/i odpowiednio uzupełnić.

\*\*\*\*\*) 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.