

Warszawa, dnia 24 grudnia 2014 r.

Poz. 1897

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH<sup>1)</sup>**

z dnia 19 grudnia 2014 r.

**w sprawie wzorów skierowania do komisji lekarskiej podległej ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych stosowanych w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Biurze Ochrony Rządu**

Na podstawie art. 30 ust. 2 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. 1822) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Ustala się:

- 1) wzór formularza skierowania do komisji lekarskiej podległej ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych:
  - a) kandydata do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej lub Biurze Ochrony Rządu,
  - b) funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej lub Biura Ochrony Rządu,
  - c) funkcjonariusza zwolnionego z Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej lub Biura Ochrony Rządu, a także funkcjonariusza zwolnionego z tych służb, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub policyjnej renty inwalidzkiej,
  - d) osoby niebędącej funkcjonariuszem Policji, Straży Granicznej lub Państwowej Straży Pożarnej, która w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez te służby z jej pomocy poniosła uszczerbek na zdrowiu lub utraciła życie– który jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
- 2) wzór formularza skierowania do komisji lekarskiej podległej ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych strażaków jednostek ochrony przeciwpożarowej oraz członków ochotniczej straży pożarnej, który jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

**§ 2.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

Minister Spraw Wewnętrznych: *wz. G. Karpiński*

---

<sup>1)</sup> Minister Spraw Wewnętrznych kieruje działem administracji rządowej – sprawy wewnętrzne, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych (Dz. U. poz. 1265).

## WZÓR

.....  
(pieczęć nagłówkowa organu kierującego).....  
(miejsowość, data)**SKIEROWANIE**

do Rejonowej Komisji Lekarskiej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w

.....  
w celu:\*)

- ustalenia zdolności fizycznej i psychicznej kandydata do służby,
- ustalenia stanu zdrowia oraz ustalenia zdolności fizycznej i psychicznej funkcjonariusza do służby, jak również związku poszczególnych chorób ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby,
- ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza doznanego wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem służby albo choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby,
- ustalenia związku śmierci funkcjonariusza z wypadkiem pozostającym w związku z pełnieniem służby lub chorobą pozostającą w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby,
- uznania funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby za inwalidę lub uznania go za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, jak również ustalenia związku albo braku związku inwalidztwa ze służbą albo ustalenia związku albo braku związku śmierci ze służbą funkcjonariusza i funkcjonariusza zwolnionego ze służby,
- ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu osoby niebędącej funkcjonariuszem, która w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez służby z jej pomocy poniosła uszczerbek na zdrowiu oraz związku tego stopnia uszczerbku z tym zdarzeniem albo śmierci z tym zdarzeniem,

---

\*) Właściwe zaznaczyć.

- ustalenia zdolności do pracy funkcjonariusza zwolnionego ze służby, w celu określenia grupy inwalidzkiej,
- kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego przez funkcjonariusza,
- orzeczenia o potrzebie udzielenia urlopu zdrowotnego funkcjonariuszowi.

1. Stopień, imię i nazwisko: .....

2. Imiona rodziców: .....

3. Data i miejsce urodzenia: .....

4. Nr PESEL: .....

5. Adres zamieszkania: .....

(województwo, miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu)

6. Przydział służbowy: .....

(jednostka organizacyjna, zajmowane stanowisko)

7. Funkcjonariusz przewidziany: .....

8. Data wstąpienia do służby: .....

9. Data zwolnienia ze służby: .....

10. Data powstania inwalidztwa; przyznana grupa inwalidztwa: .....

11. Uwagi .....

12. Załączniki:\*)

- posiadane informacje i dokumenty, które dotyczą stanu zdrowia kandydata do służby, funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub policyjnej renty inwalidzkiej,
- opis stanowiska, charakteru i warunków służby,
- opinia psychologiczna,
- inne: .....

.....  
(imienna pieczęć i podpis organu kierującego)

---

\*) Właściwe zaznaczyć.

## WZÓR

.....  
(pieczęć nagłówkowa organu kierującego)

.....  
(miejscowość, data)

**SKIEROWANIE**

do Rejonowej Komisji Lekarskiej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w

.....  
w celu ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu:\*)

- strażaka jednostki ochrony przeciwpożarowej, który doznał uszczerbku na zdrowiu w związku z udziałem w działaniach ratowniczych lub ćwiczeniach,
- członka ochotniczej straży pożarnej, który doznał uszczerbku na zdrowiu w związku z udziałem w działaniach ratowniczych lub ćwiczeniach.

1. Imię i nazwisko: .....

2. Imiona rodziców: .....

3. Miejsce urodzenia: ..... numer PESEL .....

4. Adres zamieszkania: .....  
(województwo, miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu)

5. Jednostka, w której strażak lub członek ochotniczej straży pożarnej pełni służbę:

.....  
6. Uwagi:

.....  
7. Załączniki:\*)

opinia psychologiczna,

inne: .....

.....  
(imienna pieczętka i podpis kierującego)

---

\*) Właściwie zaznaczyć.