

.....
(nazwa podmiotu leczniczego)

....., dnia
(miejscowość)

**ORZECZENIE LEKARSKIE, KTÓRE JEST WYDAWANE PO PRZEPROWADZENIU
BADAŃ LEKARSKICH I PSYCHOLOGICZNYCH, KTÓRYM PODLEGA
FUNKCJONARIUSZ STRAŻY GRANICZNEJ PO POWROCIE DO KRAJU
W ZWIĄZKU Z ZAKOŃCZENIEM SŁUŻBY W KONTYNGENCIE STRAŻY GRANICZNEJ**

W wyniku badań lekarskich i psychologicznych przeprowadzonych na podstawie art. 147j ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej orzeka się, że:

Pani/Pan*:

(stopień, imię i nazwisko)

numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zamieszkała(-ły) w:
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)

pełniąca(-cy) służbę w:
.....
.....
(nazwa i adres jednostki organizacyjnej Straży Granicznej)

po powrocie do kraju w związku z zakończeniem służby w kontyngencie Straży Granicznej w:
.....
w okresie: od do na stanowisku:

- 1) wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych – jest zdolna(-ny) do prawidłowego wykonywania obowiązków służbowych na stanowisku służbowym zajmowanym przed delegowaniem do pełnienia służby poza granicami państwa w kontyngencie Straży Granicznej, o którym mowa w art. 147c ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej*;
- 2) wobec przeciwwskazań zdrowotnych – jest zdolna(-ny) do prawidłowego wykonywania obowiązków służbowych na stanowisku służbowym zajmowanym przed delegowaniem do pełnienia służby poza granicami państwa w kontyngencie Straży Granicznej, o którym mowa w art. 147c ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej, z ograniczeniami*:

.....
.....
(treść przeciwwskazań lub rodzaj ograniczeń)

- 3) wobec przeciwwskazań zdrowotnych – jest niezdolna(-ny) do prawidłowego wykonywania obowiązków służbowych na stanowisku służbowym zajmowanym przed delegowaniem do pełnienia służby w kontyngencie Straży Granicznej, o którym mowa w art. 147c ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej*;
- 4) istnieje zasadność / brak zasadności* skierowania osoby badanej na turnus leczniczo-profilaktyczny wraz z pełnoletnim najbliższym członkiem rodziny**.

....., dnia
(miejscowość) (imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza)

* Niepotrzebne skreślić.

** W przypadku braku zasadności skierowania osoby badanej wraz z pełnoletnim najbliższym członkiem rodziny – skreślić wyrazy „wraz z pełnoletnim najbliższym członkiem rodziny”.

Otrzymują:

- 1) kierownik jednostki organizacyjnej Straży Granicznej właściwej dla miejsca pełnienia służby badanego funkcjonariusza Straży Granicznej;
- 2) badany funkcjonariusz Straży Granicznej;
- 3) podmiot leczniczy wykonujący badanie.