

....., dnia

(nazwa jednostki organizacyjnej Straży Granicznej wystawiającej skierowanie) (miejsowość)

SKIEROWANIE NA TURNUS LECZNICZO-PROFILAKTYCZNY

nr .../....

Zgodnie z art. 147j ust. 2 ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej kieruję:

Panią/Pana*
(stopień, imię i nazwisko)

numer PESEL:

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

zamieszkałą(-łego) w:
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)

pełniącą(-cego) służbę / wykonującą(-cego) pracę* w:
.....

.....
(nazwa i adres jednostki organizacyjnej Straży Granicznej)

na turnus leczniczo-profilaktyczny w:
.....

.....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego, w którym jest prowadzony turnus leczniczo-profilaktyczny)

w terminie** : od do
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

wraz z pełnoletnim najbliższym członkiem rodziny***:
Panią/Panem*

.....
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa)

urodzoną(-nym)
(dzień, miesiąc, rok)

Załączony do skierowania na turnus leczniczo-profilaktyczny formularz INFORMACJI DLA LEKARZA SŁUŻBY MEDYCYNY PRACY po wypełnieniu przez lekarza podmiotu leczniczego, w którym jest prowadzony turnus leczniczo-profilaktyczny, należy przesłać na adres:

.....

.....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego przeprowadzającego badania lekarskie i psychologiczne)

.....
(stopień, imię i nazwisko oraz podpis Komendanta Głównego Straży Granicznej)

* Niepotrzebne skreślić.
** Termin pobytu należy uzgodnić z podmiotem leczniczym, w którym jest prowadzony turnus leczniczo-profilaktyczny.
*** Wypełnić, jeżeli funkcjonariusz Straży Granicznej lub pracownik Straży Granicznej korzysta z prawa do uczestnictwa w turnusie leczniczo-profilaktycznym pełnoletniego najbliższego członka rodziny.

Załącznik do skierowania na turnus leczniczo-profilaktyczny nr .../...

....., dnia,
(nazwa podmiotu leczniczego) (miejsowość)

INFORMACJA DLA LEKARZA SŁUŻBY MEDYCYNY PRACY*

Zgodnie ze skierowaniem nr .../... z dnia wydanym na podstawie art. 147j ust. 2 ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej przez:

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej Straży Granicznej wystawiającej skierowanie)

zaświadczam, że:

Pani/Pan**

.....
(stopień, imię i nazwisko)

numer PESEL:

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

uczestniczyła(-ył) w turnusie leczniczo-profilaktycznym w:

.....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego, w którym jest prowadzony turnus leczniczo-profilaktyczny)

w terminie: od do
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

Zlecone zabiegi i zajęcia dla uczestnika turnusu leczniczo-profilaktycznego:

.....
.....
.....

Zalecenia dla uczestnika turnusu leczniczo-profilaktycznego:

.....
.....
.....

W turnusie leczniczo-profilaktycznym wraz z funkcjonariuszem Straży Granicznej / pracownikiem Straży Granicznej** uczestniczył najbliższy członek rodziny: TAK / NIE**

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

* Wypełnia podmiot leczniczy, w którym funkcjonariusz Straży Granicznej lub pracownik Straży Granicznej uczestniczył w turnusie leczniczo-profilaktycznym.
** Niepotrzebne skreślić.