

## ROZPORZĄDZENIE PREZESA RADY MINISTRÓW

z dnia 26 czerwca 2002 r.

**w sprawie wzoru legitymacji służbowej i innych dokumentów funkcjonariuszy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego.**

Na podstawie art. 48 ust. 5 ustawy z dnia 24 maja 2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu (Dz. U. Nr 74, poz. 676) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wzór legitymacji służbowej i innych dokumentów funkcjonariusza Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, zwanego dalej „funkcjonariuszem”,
- 2) organy właściwe do wydawania, wymiany, unieważniania oraz dokonywania wpisów w legitymacji służbowej i innych dokumentach funkcjonariusza,
- 3) przypadki, w których legitymacja służbowa lub inne dokumenty funkcjonariusza podlegają zwrotowi, wymianie lub unieważnieniu,
- 4) tryb postępowania w przypadku utraty legitymacji służbowej lub innych dokumentów funkcjonariusza,
- 5) sposób postępowania się legitymacją lub innymi dokumentami przez funkcjonariusza.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) legitymacja — legitymację służbową funkcjonariusza,
- 2) książka zdrowia — inny dokument funkcjonariusza,
- 3) jednostka organizacyjna — jednostkę organizacyjną, o której mowa w statucie Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego.

§ 3. Funkcjonariusz na czas pełnienia służby w Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, bezpośrednio po mianowaniu, otrzymuje:

- 1) legitymację,
- 2) książkę zdrowia.

§ 4. 1. Organem właściwym do wydawania dokumentów, o których mowa w § 3, jest Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego.

2. Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego jest również właściwy do wymiany, unieważniania oraz dokonywania wpisów w legitymacjach.

3. Czynności, o których mowa w ust. 1 i 2, może wykonywać upoważniony przez Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego kierownik jednostki organizacyjnej właściwej do spraw osobowych.

§ 5. Funkcjonariusz jest obowiązany dbać o należyty stan dokumentów, o których mowa w § 3, a w szczególności chronić je przed utratą lub zniszczeniem.

§ 6. Legitymacja jest dokumentem potwierdzającym uprawnienia funkcjonariusza wynikające z przepisów ustawy z dnia 24 maja 2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu.

§ 7. 1. Funkcjonariusz może postępować się legitymacją tylko podczas wykonywania czynności służbowych.

2. Funkcjonariusz okazujący legitymację obowiązany jest czynić to w sposób umożliwiający odczytanie umieszczonych w niej danych.

§ 8. 1. W legitymacji umieszcza się fotografię funkcjonariusza, numer legitymacji, nazwisko i imię funkcjonariusza oraz datę ważności legitymacji, a także informację o uprawnieniach przysługujących funkcjonariuszowi Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego przy wykonywaniu czynności służbowych oraz obowiązków instytucji, organów i przedsiębiorców w zakresie udzielenia niezbędnej pomocy funkcjonariuszowi Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego. Wpisy potwierdza się za pomocą właściwych pieczęci urzędowych.

2. Wzór legitymacji określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 9. Legitymacja podlega wymianie w przypadku:

- 1) zmiany danych w niej zawartych,
- 2) uszkodzenia lub zniszczenia,
- 3) upływu okresu jej ważności.

§ 10. 1. Legitymacja podlega zwrotowi w przypadku:

- 1) uzyskania zgody na urlop bezpłatny lub wychowawczy,
- 2) zawieszenia w czynnościach służbowych,
- 3) zwolnienia ze służby,
- 4) wygaśnięcia stosunku służbowego.

2. Zwrotu legitymacji, z zastrzeżeniem § 12 ust. 3, dokonuje się w jednostce organizacyjnej wskazanej przez bezpośredniego przełożonego funkcjonariusza.

3. Legitymacja podlega unieważnieniu w przypadku jej utraty.

§ 11. 1. Zabrania się:

- 1) odstępowania legitymacji innej osobie,
- 2) wywożenia legitymacji za granicę, chyba że funkcjonariusz uzyska na to zgodę kierownika jednostki organizacyjnej, w której funkcjonariusz pełni służbę,
- 3) przesyłania legitymacji pocztą, z wyjątkiem przewoźnika, o którym mowa w przepisach w sprawie trybu i sposobu przyjmowania, przewożenia, wydawania i ochrony materiałów.

2. Funkcjonariusz, który nie uzyskał zgody na wywóz legitymacji za granicę, jest obowiązany na czas wyjazdu zdeponować ją w komórce organizacyjnej wskazanej przez kierownika jednostki organizacyjnej, w której funkcjonariusz pełni służbę.

§ 12. 1. W przypadku utraty legitymacji funkcjonariusz jest obowiązany zawiadomić o tym niezwłocznie

kierownika jednostki organizacyjnej, w której funkcjonariusz pełni służbę. Funkcjonariusz składa drogą służbową pisemny raport, podając w nim, w szczególności, datę i okoliczności utraty legitymacji.

2. Kierownik jednostki organizacyjnej, o którym mowa w ust. 1, przeprowadza postępowanie wyjaśniające w sprawie utraty legitymacji.

3. W przypadku odzyskania utraconej legitymacji funkcjonariusz jest obowiązany zwrócić ją kierownikowi jednostki organizacyjnej, o którym mowa w ust. 1. Przepis ust. 1 zdanie drugie stosuje się odpowiednio.

§ 13. 1. Funkcjonariusz naruszający zasady postępowania się legitymacją określone w rozporządzeniu podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej.

2. Zasady i tryb odpowiedzialności dyscyplinarnej funkcjonariuszy określają odrębne przepisy.

3. Odpowiedzialność dyscyplinarną ponosi także funkcjonariusz, który z własnej winy legitymację zniszczył, uszkodził lub utracił albo nie złożył pisemnego raportu o jej utracie lub też bez usprawiedliwionych przyczyn złożył taki raport z opóźnieniem.

§ 14. 1. Książka zdrowia przeznaczona jest do dokonywania wpisów o stanie zdrowia funkcjonariusza oraz o przebiegu jego leczenia, a także o wydanych orzeczeniach przez komisje lekarskie podległe Szefowi Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego.

2. Do dokonywania wpisów w książce zdrowia są właściwi lekarze udzielający funkcjonariuszowi pomocy lekarskiej oraz członkowie komisji lekarskich, o których mowa w ust. 1.

3. Wzór książki zdrowia określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 15. Funkcjonariusz otrzymuje nową książkę zdrowia w przypadku jej utraty lub zniszczenia, a także wyczerpania się miejsca na wpisy, o których mowa w § 14 ust. 1. Przepis § 12 stosuje się odpowiednio.

§ 16. 1. Legitymacje wydane funkcjonariuszom Urzędu Ochrony Państwa tracą ważność i podlegają zwrotowi organowi, o którym mowa w § 4 ust. 1.

2. Książki zdrowia wydane funkcjonariuszom Urzędu Ochrony Państwa, do czasu zastąpienia ich nowymi, zachowują ważność. Obowiązujące dotychczas druki książek zdrowia wykorzystuje się do wyczerpania ich zapasów.

§ 17. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 29 czerwca 2002 r.

Prezes Rady Ministrów: *L. Miller*

Załączniki do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 26 czerwca 2002 r. (poz. 805)

**Załącznik nr 1**

**WZÓR LEGITYMACJI SŁUŻBOWEJ FUNKCJONARIUSZA AGENCJI BEZPIECZEŃSTWA WEWNĘTRZNEGO**



**OKŁADKA LEGITYMACJI**

Okładka wykonana ze skóry w kolorze czarnym, ze srebrnymi tłoczeniami:

1. „RZECZPOSPOLITA POLSKA”
2. ORZEŁ W KORONIE
3. „AGENCJA BEZPIECZEŃSTWA WEWNĘTRZNEGO”

## CZĘŚĆ WEWNĘTRZNA LEGITYMACJI



Legitymacja została wydrukowana na papierze ciemnym w UV z bieżącym znakiem wodnym oraz włókienkami aktywnymi w świetle UV.

**AWERS**

1. Druk wykonany offsetem w technice irysu z elementami mikrodruku, aktywny w świetle UV.
2. Rozeta wydrukowana techniką offsetową z wkomponowanym logo ABW wykonana farbą aktywną w świetle UV.
3. W dolnej krawędzi strony znajduje się pasek antykseneryczny w kolorze fioletowym.
4. Czarne napisy drukowane różną czcionką:
  - 1) Rzeczpospolita Polska
  - 2) Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego
  - 3) legitymacja służbowa
  - 4) ważna do dnia 31.12.2005 r.
  - 5) siedmiocyfrowy numer
  - 6) nazwisko
  - 7) imię
  - 8) zaznaczone mikrodrukiem miejsce na nazwisko i imię
  - 9) Instytucje państwowe, organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego oraz przedsiębiorcy prowadzący działalność o charakterze użytecz-

ności publicznej, w zakresie swojego działania, są prawnie obowiązani do udzielenia pomocy funkcjonariuszowi ABW, który ma również prawo zwracania się o niezbędną pomoc do innych przedsiębiorców, jednostek organizacyjnych i organizacji społecznych, a w nagłych wypadkach także do każdej osoby.

- 10) Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego.
5. Czarny orzeł na białym tle w rozecie.
6. W ramce zdjęcie zabezpieczone hologramem.

**REWERS**

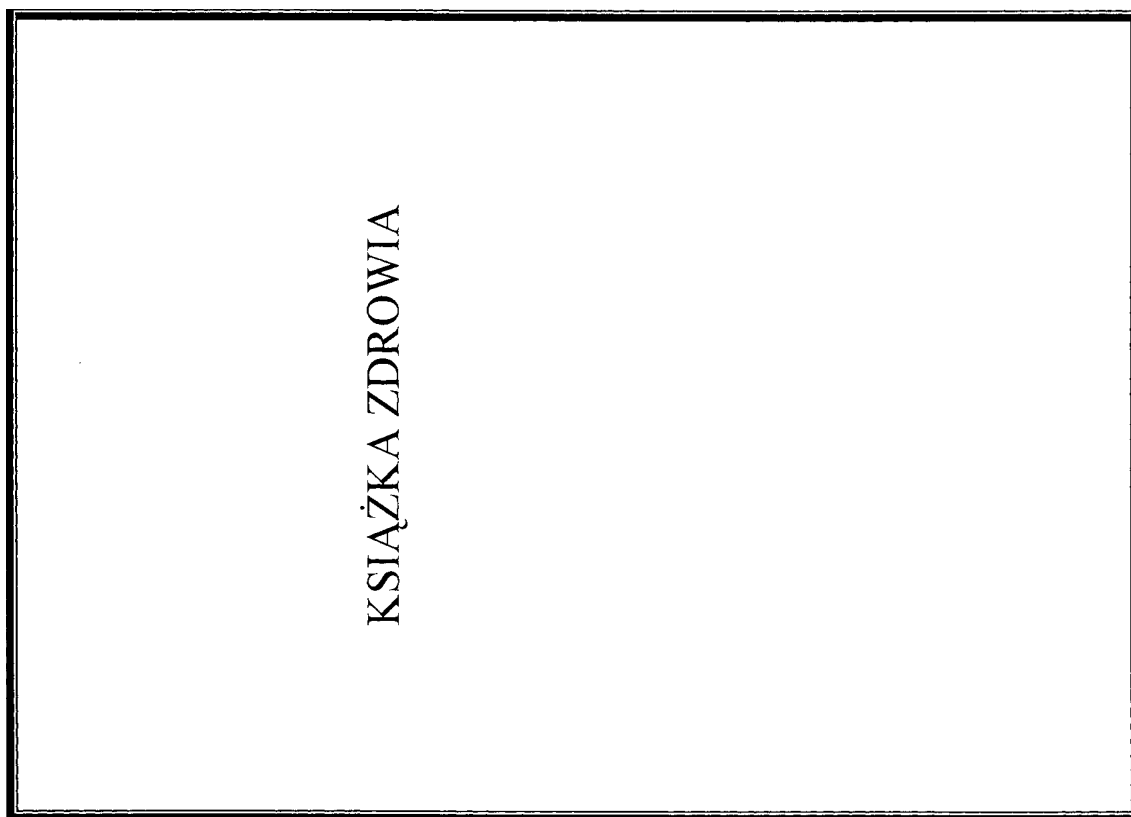
1. Tło gilozowe, wykonane techniką irysu, farbami aktywnymi w świetle UV.
2. Czarne napisy drukowane różną czcionką:
  - 1) Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego
  - 2) W przypadku znalezienia tej legitymacji należy niezwłocznie zwrócić ją Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub dostarczyć do najbliższej jednostki Policji. Nieuprawnione posiadanie legitymacji podlega odpowiedzialności karnej.

**FOLIA ZABEZPIECZAJĄCA**

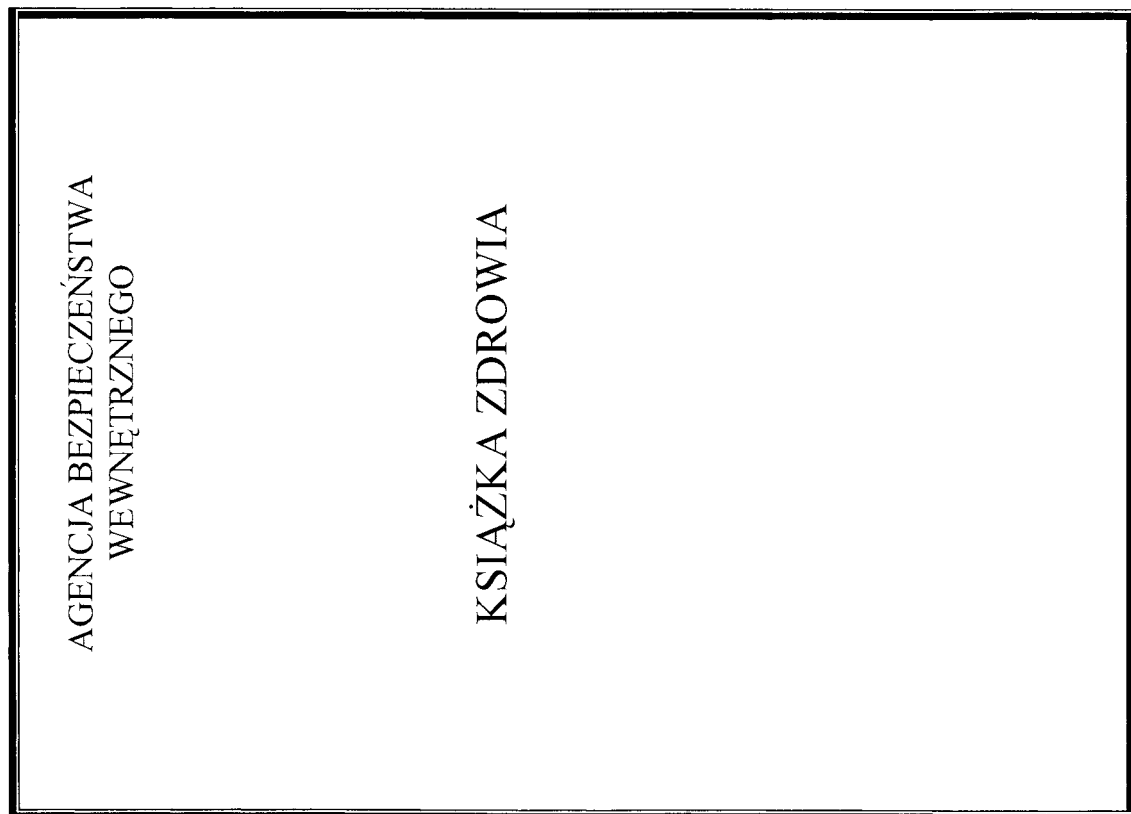
Legitymacja zalaminowana jest w folię zabezpieczającą, która na awersie posiada znaki widoczne tylko w świetle UV.

Załącznik nr 2

WZÓR KSIĄŻKI ZDROWIA



Opis: Okładka sztywna, kolor szary; napisy wytłoczone o widocznym odcieniu.



Wewnętrzne kartki w widocznym kolorze białym — napisy koloru czarnego.

**KSIAŻKA ZDROWIA**

1. Imię i nazwisko .....

.....

2. Nr PESEL .....

.....

3. Adres zamieszkania.....  
(miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu)

.....

.....

.....

Data wydania .....

.....  
(podpis osoby upoważnionej)

4. Zmiany adresu zamieszkania

.....

.....

.....

.....

.....

|  |  |                |               |           |          |
|--|--|----------------|---------------|-----------|----------|
| Data .....   |  | <b>A</b>       | <b>B</b>      | <b>AB</b> | <b>O</b> |
| Grupa krwi, czynnik Rh<br>(niepotrzebne wyrażnie skreślić) |  | Rh + (dodatni) | Rh - (ujemny) |           |          |
| Gdzie badanie było przeprowadzone                          |  |                |               |           |          |
| Podpis i pieczęć lekarza przeprowadzającego badanie        |  |                |               |           |          |



| BADANIA PROFILAKTYCZNE |                         |                           |                            |
|------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Data badania           | Zaliczenie profilaktyki | Termin następnego badania | Pieczętka i podpis lekarza |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |
|                        |                         |                           |                            |

Str. 30 – 39

| Leczenie stomatologiczne |             |                 |                            |                            |
|--------------------------|-------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|
| Data                     | Rożpoznanie | Udzielona pomoc | Data następnego zgłoszenia | Podpis i pieczętka lekarza |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |
|                          |             |                 |                            |                            |

Str. 9 – 29



| Leczenie ambulatoryjne |  | Leczenie,<br>zalecenia | Niedzolny<br>do służby | Podpis<br>i pieczęć<br>lekarza |
|------------------------|--|------------------------|------------------------|--------------------------------|
| Data                   | Wywiad choroby, stan przedmiotowy,<br>wyniki badań dodatkowych,<br>wyniki leczenia |                        |                        |                                |
|                        |  |                        |                        |                                |
|                        |  |                        |                        |                                |
|                        |  |                        |                        |                                |

| Leczenie szpitalne |  | Rozpoznanie szpitalne | Nr historii choroby | Okres leczenia<br>od do | Podpis i pieczęć lekarza |
|--------------------|--|-----------------------|---------------------|-------------------------|--------------------------|
| Nazwa szpitala     | Wywiad choroby, leczenie oraz wyniki leczenia (szczegółowa epikryza).<br>Zalecenia dla lekarza jednostki |                       |                     |                         |                          |
|                    |  |                       |                     |                         |                          |



| Urlopy zdrowotne      |                                   |   |                                  |
|-----------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|
| Czasookres<br>urloupu | Podstawa<br>udzielenia<br>urloupu | Uwagi o sposobie<br>i wynikach<br>wykorzystania urloupu | Podpis<br>i pieczątka<br>lekarza |
|                       |                                   |   |                                  |
|                       |                                   |   |                                  |
|                       |                                   |   |                                  |
|                       |                                   |   |                                  |
|                       |                                   |   |                                  |

| Orzeczenia komisji lekarskich |             |                    |
|-------------------------------|-------------|--------------------|
| Data                          | Nazwa<br>KL | Orzeczenie komisji |
|                               |             |                    |

| Zaopatrzenie w środki pomocnicze |                     |                 |                          |
|----------------------------------|---------------------|-----------------|--------------------------|
| Nazwa środka pomocniczego        | Podstawa przydziału | Data przydziału | Podpis i pieczęć lekarza |
|                                  |                     |                 |                          |
|                                  |                     |                 |                          |
|                                  |                     |                 |                          |
|                                  |                     |                 |                          |
|                                  |                     |                 |                          |
|                                  |                     |                 |                          |
|                                  |                     |                 |                          |

| Zaopatrzenie w środki pomocnicze |                     |                 |                          |
|----------------------------------|---------------------|-----------------|--------------------------|
| Nazwa środka pomocniczego        | Podstawa przydziału | Data przydziału | Podpis i pieczęć lekarza |
|                                  |                     |                 |                          |
|                                  |                     |                 |                          |
|                                  |                     |                 |                          |
|                                  |                     |                 |                          |
|                                  |                     |                 |                          |
|                                  |                     |                 |                          |
|                                  |                     |                 |                          |
|                                  |                     |                 |                          |



UWAGI:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....