

Warszawa, dnia 14 czerwca 2021 r.

Poz. 1056

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI**

z dnia 2 czerwca 2021 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej stosowanego
w Służbie Więziennej**

Na podstawie art. 30 ust. 3 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 398) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 18 grudnia 2014 r. w sprawie określenia wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej stosowanego w Służbie Więziennej (Dz. U. poz. 1982) załącznik otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Sprawiedliwości: *Z. Ziobro*

WZÓR

.....
(pieczęć nagłówkowa organu kierującego).....
(miejsowość, data)**SKIEROWANIE**kandydata/funkcjonariusza/funkcjonariusza zwolnionego/emeryta/rencisty¹⁾do,
(nazwa i adres komisji lekarskiej podległej ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych)w celu²⁾:

- ustalenia zdolności fizycznej i psychicznej kandydata do służby,
- oceny stanu zdrowia oraz ustalenia zdolności fizycznej i psychicznej funkcjonariusza do służby,
- ustalenia związku schorzeń ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby, w celu ustalenia wysokości wynagrodzenia przysługującego funkcjonariuszowi za okres zwolnienia od zajęć służbowych z powodu choroby,
- ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza doznanego wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem służby, zwanego dalej „wypadkiem”, lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby, a w przypadku śmierci funkcjonariusza – ustalenia związku z wypadkiem lub chorobą, w wyniku której funkcjonariusz zmarł, a mogła być spowodowana szczególnymi warunkami lub właściwościami służby,
- uznania funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby za inwalidę lub uznania go za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, ustalenia związku albo braku związku inwalidztwa ze służbą albo ustalenia, w przypadku śmierci funkcjonariusza, związku albo braku związku śmierci z jego służbą,
- ustalenia zdolności do pracy funkcjonariusza zwolnionego ze służby, w celu określenia grupy inwalidzkiej,
- potrzeby udzielenia urlopu zdrowotnego funkcjonariuszowi,
- kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego przez funkcjonariusza.

1. Stopień, imię i nazwisko:
2. Imiona rodziców:
3. Data i miejsce urodzenia:
4. Numer PESEL:
5. Adres zamieszkania:
(miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu)
6. Miejsca pełnienia służby i zajmowane stanowiska:
.....
(jednostki organizacyjne, zajmowane stanowiska)
7. Data wstąpienia do służby:
8. Data zwolnienia ze służby:
9. Data powstania inwalidztwa: przyznana grupa inwalidztwa:
10. Załączniki:²⁾
 - posiadane informacje i dokumenty, które dotyczą stanu zdrowia kandydata do służby, funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego lub funkcjonariusza zwolnionego ze służby, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub policyjnej renty inwalidzkiej, w postaci dokumentacji z profilaktycznej opieki zdrowotnej, zgłoszenia podejrzenia związku choroby ze służbą, protokołu powypadkowego, informacji o interwencjach w związku z doznaniem silnego stresu,
 - opis stanowiska służby, charakteru i warunków służby z uwzględnieniem wykonywanych zadań, narażenia na czynniki szkodliwe, niebezpieczne i uciążliwe,
 - opinia psychologiczna,
 - inne:
11. Uwagi:

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

¹⁾ Niepotrzebne skreślić.

²⁾ Właściwe zaznaczyć.