

**ZARZĄDZENIE NR 14
SZEFA AGENCJI BEZPIECZEŃSTWA WEWNĘTRZNEGO**

z dnia 18 maja 2023 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie sposobu i trybu postępowania wobec funkcjonariuszy Agencji
Bezpieczeństwa Wewnętrznego przebywających na zwolnieniu lekarskim**

Na podstawie art. 19 ust. 3 oraz art. 136c ust. 3 ustawy z dnia 24 maja 2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu (Dz. U. z 2022 r. poz. 557, 1488, 2185 oraz z 2023 r. poz. 240 i 347) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu nr 8 Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego z dnia 23 marca 2015 r. w sprawie sposobu i trybu postępowania wobec funkcjonariuszy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego przebywających na zwolnieniu lekarskim (Dz. Urz. ABW poz. 6 i 36, z 2018 r. poz. 23 oraz z 2023 r. poz. 3) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3a:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym działającym pod nazwą „Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej”, zwanym dalej „ZZOZ”, oraz lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych na rzecz właściwej jednostki organizacyjnej ABW wystawia zaświadczenie lekarskie na zwykłym druku, którego ramowy wzór stanowi załącznik nr 1a do zarządzenia.”;

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w ust. 2, może być wystawione z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych użytkowanych przez ZZOZ lub inny podmiot wystawiający funkcjonariuszowi to zaświadczenie.”;

2) załącznik nr 1a otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Szef

Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego

plk Krzysztof Waclawek

w/z

**Zastępca Szefa
Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego**

plk Bernard Bogusławski

Załącznik do zarządzenia nr 14
Szefa ABW z dnia 18.05.2023 r.

Załącznik nr 1a

Zaświadczenie Lekarskie

Dane ubezpieczonego

Nazwisko:

Imię:

PESEL:

Dane członka rodziny pozostającego pod opieką*

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia:

Rodzaj pokrewieństwa:

Niezdolność do

służby Od:

Do:

Kod:**

Inne:***

Adres miejsca pobytu ubezpieczonego w czasie trwania niezdolności do służby

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Nazwa ulicy:

Numer domu/lokalu:

Data wystawienia dokumentu

Pieczętka podmiotu wykonującego działalność leczniczą

dd/mm/rr

--

Podpis i pieczętka Lekarza

--

* - należy wypełnić, jeśli zwolnienie lekarskie obejmuje okres, w którym funkcjonariusz jest zwolniony od zajęć służbowych z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem lub innym członkiem rodziny ** - należy wypisać; 1 - jeśli chory powinien leżeć; 2 - jeśli chory może chodzić

***- należy wypełnić dodatkowe istotne informacje, np. 1 - pobyt w szpitalu; 2 - choroba przypadająca w czasie ciąży; 3 - ciągłość niezdolności do pełnienia służby; 4 - niezdolność do pełnienia służby spowodowana zakażeniem lub chorobą zakaźną w szczególności gruźlicą; 5 - inne (podać jakie)