

....., dnia .....  
(nazwa jednostki organizacyjnej Straży Granicznej wystawiającej skierowanie) (miejscowość)

### 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) (miejscowość)

**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.