**Załącznik nr 10 do Umowy**

KOMENDA STOŁECZNA POLICJI Potwierdzenie rejestracji w Zespole ds. Medycyny Pracy SOP KSP

ul. Nowolipie 2, 00-150 WARSZAWA

NIP: 525-19-30-070 Nr ......................... Data ........................

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

*(Pieczątka imienna i podpis pracownika Zespołu ds. Medycyny Pracy SOP KSP)*

**Adres Wykonawcy**

**……………………..**

**……………………**

**SKIEROWANIE NR .......................... z dnia ........................**

**na wykonanie badań psychologicznych** *(wstawić znak „X” w odpowiednie pole)*:

**⬜ kierowcy** - na podstawie art. 39k ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym (t.j. Dz.

U. z 2024 r. poz. 728 ze zm.)

**⬜ kandydata do uzyskania uprawnień w zakresie prawa jazdy kat. CD**  - na podstawie art. 82 ust. 1 pkt 1a ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (t.j. Dz. U z 2023 r. poz. 622 ze zm.)

**⬜ osoby przedłużającej ważność uprawnienia w zakresie prawa jazdy kat. CD** - na podstawie art. 82 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (t.j. Dz. U z 2023 r. poz. 622 ze zm.)

**⬜ kierującego pojazdem uprzywilejowanym** - na podstawie art. 82 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 622 ze zm.)

**⬜ stermotorzysty** – na podstawie Ustawy z dnia 21 grudnia 2000 r. o żegludze śródlądowej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 395 ze zm.)

Nazwisko i imię .......................................................................................... imię ojca .......................................

Data i miejsce urodzenia ............................................................. PESEL ........................................................

Adres zamieszkania....................................................................................................................................................

Stanowisko .......................................................................................................................................................

Jednostka lub komórka organizacyjna Policji ....................................................................................................

Prawo jazdy kategorii ........................................................................................................................................

**Skierowanie wystawiono w związku z:**……………………………………………………………………………....……...

**Telefoniczne umawianie wizyt na minimum 7 dni roboczych przed upływem terminu badań**

**Do badania należy zgłosić się najpóźniej w dniu ………………**

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

*(Pieczątka imienna i podpis osoby wyznaczonej do współpracy*

*z Zespołem ds. Medycyny Pracy SOP KSP, nr telefonu)*

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

*(Pieczątka imienna i podpis kierownika jednostki lub komórki*

*organizacyjnej Policji)*

**Uwaga:** Skierowanie na badania, wykonuje się w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, z czego jeden przeznaczony jest dla osoby kierowanej na badania, drugi dla wykonawcy badań, trzeci zaś pozostaje w zbiorach jednostki/komórki organizacyjnej Policji, na potrzeby kontroli.