

.....
(pieczęć nagłówek komisji lekarskiej)

.....
(miejscowość, data)

**ORZECZENIE NR/.....
REGIONALNEJ/CENTRALNEJ¹⁾ KOMISJI LEKARSKIEJ
AGENCJI WYWIADU
W WARSZAWIE**

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego

.....
(stopień, imię i nazwisko, imię ojca funkcjonariusza)

adres zamieszkania funkcjonariusza
(miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr lokalu)

skierowanego przez
(nazwa organu kierującego)

Regionalna/Centralna¹⁾ Komisja Lekarska Agencji Wywiadu w Warszawie w składzie:

przewodniczący –
członkowie:

-
-

stwierdza:

- 1) zasadność udzielenia funkcjonariuszowi płatnego urlopu zdrowotnego¹⁾
w związku z powyższym Regionalna/Centralna¹⁾ Komisja Lekarska Agencji Wywiadu wnioskuję
o udzielenie ww. funkcjonariuszowi płatnego urlopu zdrowotnego w terminie
od do, tj. w wymiarze dni.
Termin badania kontrolnego:
Przed badaniem kontrolnym należy wykonać:

- 2) brak wskazań do udzielenia funkcjonariuszowi płatnego urlopu zdrowotnego¹⁾

Uzasadnienie:

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

Pouczenie

Od orzeczenia Regionalnej Komisji Lekarskiej Agencji Wywiadu przysługuje prawo wniesienia odwołania do Centralnej Komisji Lekarskiej Agencji Wywiadu w terminie 14 dni od dnia otrzymania niniejszego orzeczenia. Odwołanie składa się za pośrednictwem Regionalnej Komisji Lekarskiej Agencji Wywiadu, która wydała orzeczenie. Orzeczenie Regionalnej Komisji Lekarskiej Agencji Wywiadu, od którego w terminie nie wniesiono odwołania, jest prawomocne.²⁾

Orzeczenie wydane przez Centralną Komisję Lekarską jest prawomocne i nie przysługuje od niego odwołanie.³⁾

Członkowie komisji lekarskiej:

- 1) mp.
2)

Przewodniczący komisji lekarskiej

.....
(imienna pieczęć, data i podpis)

¹⁾ Niepotrzebne skreślić.

²⁾ Nie zamieszcza się w orzeczeniach wydanych przez Centralną Komisję Lekarską Agencji Wywiadu.

³⁾ Zamieszcza się wyłącznie w orzeczeniach wydanych przez Centralną Komisję Lekarską Agencji Wywiadu.