

.....  
(pieczęć podmiotu wydającego orzeczenie)

## ORZECZENIE LEKARSKIE

...../.....  
(numer) (rok)

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego oraz po uwzględnieniu opinii psychologa, na podstawie § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się o wydanie albo posiadających licencję detektywa (Dz. U. Nr 251, poz. 1511)

**stwierdzam, że**

Pan/Pani .....  
(imię i nazwisko)

numer PESEL .....  
(w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

zam. ....  
(miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

- 1) **posiada zdolność psychiczną do wykonywania czynności w zakresie usług detektywistycznych<sup>\*)</sup>**;
- 2) **nie posiada zdolności psychicznej do wykonywania czynności w zakresie usług detektywistycznych<sup>\*)</sup>**.

Termin następnego badania: .....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza psychiatry)

.....  
<sup>\*)</sup>Niepotrzebne skreślić.

**Pouczenie:**

Od niniejszego orzeczenia osobie badanej oraz komendantowi wojewódzkiemu Policji właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania osoby badanej przysługuje prawo wniesienia odwołania wraz z uzasadnieniem do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, a w przypadku gdy orzeczenie zostało wydane przez lekarza zatrudnionego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy – do instytutu badawczego w dziedzinie medycyny pracy w ..... . Odwołanie składa się w terminie 14 dni od dnia otrzymania orzeczenia, za pośrednictwem lekarza, który wydał niniejsze orzeczenie.

.....  
(pieczęć podmiotu wydającego orzeczenie)

## ORZECZENIE LEKARSKIE

...../.....  
(numer) (rok)

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego oraz po uwzględnieniu opinii psychologa, na podstawie § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób ubiegających się o wydanie albo posiadających licencję detektywa (Dz. U. Nr 251, poz. 1511)

**stwierdzam, że**

Pan/Pani .....  
(imię i nazwisko)

numer PESEL .....  
(w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

zam. ....  
(miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

- 1) **posiada zdolność psychiczną do wykonywania czynności w zakresie usług detektywistycznych<sup>\*)</sup>**;
- 2) **nie posiada zdolności psychicznej do wykonywania czynności w zakresie usług detektywistycznych<sup>\*)</sup>**.

Termin następnego badania: .....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć lekarza upoważnionego)

.....  
<sup>\*)</sup>Niepotrzebne skreślić.

**Pouczenie:**

Od niniejszego orzeczenia osobie badanej oraz komendantowi wojewódzkiemu Policji właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania osoby badanej przysługuje prawo wniesienia odwołania wraz z uzasadnieniem do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, a w przypadku gdy orzeczenie zostało wydane przez lekarza zatrudnionego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy – do instytutu badawczego w dziedzinie medycyny pracy w ..... . Odwołanie składa się w terminie 14 dni od dnia otrzymania orzeczenia, za pośrednictwem lekarza, który wydał niniejsze orzeczenie.