

.....  
(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 lekarza psychiatry i 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.

.....  
(pieczęć podmiotu wydającego orzeczenie)

## ORZECZENIE LEKARSKIE

.....  
(numer) (rok)

W wyniku przeprowadzonego badania lekarskiego i psychologicznego, na podstawie § 7 ust. 5 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. ....

.....  
(miejsowość, 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<sup>\*\*)</sup>: .....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć lekarza upoważnionego)

**Niniejsze orzeczenie jest ostateczne.**

<sup>\*)</sup> niewłaściwie skreślić.

<sup>\*\*)</sup> wpisać w przypadku, gdy orzeczenie stwierdza posiadanie zdolności do wykonywania czynności w zakresie usług detektywistycznych.