

Załączniki do zarządzenia Nr 54  
Komendanta Głównego Straży Granicznej  
z dnia 10 września 2010 r.

Załącznik nr 1

**Pieczęć nagłówkowa**

**KWESTIONARIUSZ INFORMACYJNY FUNKCJONARIUSZA KIEROWANEGO NA SZKOLENIE**

RODZAJ SZKOLENIA <sup>1)</sup>	SZKOLENIE W ZAKRESIE SZKOŁY PODOFICERSKIEJ		SZKOLENIE W ZAKRESIE SZKOŁY CHORAŻYCH	
SPECJALNOŚĆ SZKOLENIA <sup>2)</sup>				

<sup>1)</sup> zaznaczyć właściwe szkolenie

<sup>2)</sup> dotyczy tylko kandydatów na szkolenie w zakresie szkoły chorążych dla przewodników psów służbowych

**1. DANE PERSONALNE (wypełnić drukowanymi literami)**

NAZWISKO	
IMIĘ	
DATA URODZENIA	
MIEJSCE URODZENIA	
PESEL	
IMIĘ OJCA	

**2. WYKSZTAŁCENIE**

WYKSZTAŁCENIE	
NAZWA SZKOŁY (UCZELNI) I ROK UKOŃCZENIA	

**3. PRZYGOTOWANIE ZAWODOWE**

JEDNOSTKA/KOMÓRKA ORGANIZACYJNA SG/KGSG	
STOPIEŃ SG	
RODZAJ SŁUŻBY, DATA PRZYJĘCIA DO SŁUŻBY, ŁĄCZNY STAŻ SŁUŻBY	
SZKOLENIE PODSTAWOWE, ROK I MIEJSCE UKOŃCZENIA <sup>3)</sup>	
SZKOLENIE W ZAKRESIE SZKOŁY PODOFICERSKIEJ ROK I MIEJSCE UKOŃCZENIA <sup>4)</sup>	

<sup>3)</sup> wskazać podstawę ewentualnego zwolnienia z obowiązku odbycia szkolenia podstawowego

<sup>4)</sup> dotyczy tylko kandydatów na szkolenie w zakresie szkoły chorążych

**4. POŚWIADCZENIE BEZPIECZEŃSTWA**

NUMER I KLAUZULA DOSTĘPU	
--------------------------	--

**5. CZY WOBEC FUNKCJONARIUSZA PROWADZONE JEST POSTĘPOWANIE DYSCYPLINARNE<sup>5)</sup>**

JEST PROWADZONE	NIE JEST PROWADZONE
-----------------	---------------------

<sup>5)</sup> właściwe podkreślić

**6. CZY FUNKCJONARIUSZ ZOSTAŁ PRAWOMOCNIE UKARANY KARĄ DYSCYPLINARNĄ? <sup>6)</sup>**

<b>KARANY, DATA Z UPŁYWEM KTÓREJ KARA ZOSTANIE ZATARTA</b>	<b>NIEKARANY</b>
--	------------------

<sup>6)</sup> właściwe podkreślić

**7. OCENA LEKARSKA O ZDOLNOŚCI DO UCZESTNICTWA W SZKOLENIU**

Wpisu dokonuje się po bezpośrednim zbadaniu funkcjonariusza przez lekarza poradni przyzakładowej PZOZ Straży Granicznej z uwzględnieniem badań profilaktycznych oraz orzeczeń lekarskich wydawanych na okoliczność stwierdzonych ograniczeń zdrowotnych

<b>ZDOLNY/NIEZDOLNY DO ODBYCIA SZKOLENIA <sup>7)</sup></b>	
Dnia .....	..... (pieczętka i podpis lekarza)

<sup>7)</sup> niepotrzebne skreślić

**8. OPINIA SŁUŻBOWA**

<b>POZYTYWNA <sup>8)</sup></b>	<b>OCENA WYSTAWIONA W OPINII</b>	<b>AKTUALNA <sup>8)</sup></b>	<b>DATA WYSTAWIENIA OPINII</b>
<b>NEGATYWNA <sup>8)</sup></b>		<b>NIEAKTUALNA <sup>8)</sup></b>	

<sup>8)</sup> niepotrzebne skreślić

**9. STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ KANDYDATA <sup>9)</sup>**

<b>a) ZAJMUJE STANOWISKO PODOFICERA/CHORAŻEGO</b>
<b>b) PRZEWIDZIANY/ NIEPRZEWIDZIANY NA STANOWISKO CHORAŻEGO - w ciągu jednego roku od zakończenia szkolenia</b>

<sup>9)</sup> niepotrzebne skreślić

m.p.

Dnia .....

.....  
(pieczętka i podpis kierownika jednostki/komórki organizacyjnej)