

Wzory dokumentów generowanych przez System

1. Dokumenty muszą być edytowalne – zmianie mogą ulec m. in. podstawy prawne.
2. Tekst zapisany w nawiasach będzie uzupełniany danymi z Systemu, z możliwością edytowania przez użytkownika.

Raport nr 1

Gdynia, dnia (data)

NP/ (numer akt/rok)

KARTA OBIEGOWA - PRZYJĘCIE PRACOWNIKA

Imię, nazwisko:	(IMIE I NAZWISKO)
Rodzaj umowy:	(RODZAJ UMOWY, DO DNIA)
Stanowisko:	(STANOWISKO)
Wymiar:	(WYMIAR ETATU)
Dział komórka:	(ZAŁOGI PŁYWAJĄCE DZIAŁ)
Data zatrudnienia:	(DATA ZATRUDNIENIA)

Lp.	Nazwa komórki	Data	Podpis

1.	Kierownik komórki	.....	.....
2.	Magazyn, Nab. Norweskie	.....	.....
3.	Dział wynagrodzeń	.....	.....
4.	PKZP	.....	.....
5.	BHP	.....	.....
6.	PPOZ	.....	.....
7.	Pełnomocnik ds. niejawnych	.....	.....
8.	Socjalny, Kasa mieszkaniowa	.....	.....

Raport nr 2

Gdynia, dnia (data)

NP/ (numer akt/rok)

KARTA OBIEGOWA - ZWOLNIENIE PRACOWNIKA

Imię, nazwisko: (IMIE I NAZWISKO)
Rodzaj umowy: (RODZAJ UMOWY, DO DNIA)
Stanowisko: (STANOWISKO)
Wymiar: (WYMIAR ETATU)
Dział-komórka: (ZAŁOGI PŁYWAJĄCE LUB DZIAŁ)
Data zwolnienia: (DATA ZWOLNIENIA)
Sposób zwolnienia: (SPOSÓB ZWOLNIENIA)

Lp.	Nazwa komórki	Data	Podpis
1.	Kierownik komórki	.....	.....
2.	Magazyn, Nab. Norweskie	.....	.....
3.	Dział wynagrodzeń	.....	.....
4.	Komórka finansowo-księg.	.....	.....
5.	PKZP	.....	.....
6.	Pełnomocnik ds. niejawnych	.....	.....
7.	Zakł.Fund.Mieszk.	.....	.....
8.	Dział Socjalny	.....	.....
9.	Biuro Przepustek	.....	.....

NP/ (NR AKT PRACOWNIKA / ROK)

PRACA W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH

UMOWA O PRACĘ

Zawarta w dniu **(DATA ZAWARCIA UMOWY)**
pomiędzy **MORSKA SŁUŻBA POSZUKIWANIA I RATOWNICTWA**
z siedzibą **GDYNIA, ul. Hryniewickiego 10**
zwanym dalej pracodawcą, reprezentowanym przez
Dyrektora: **(IMIE I NAZWISKO)**
a Panem: **(IMIE I NAZWISKO)**
zam. **(ADRES ZAMIESZKANIA)**

Pracodawca zatrudnia Pana na następujących warunkach:
Miejsce pracy: **STATKI RATOWNICZE, NA KTÓRYCH JEST PAN KOLEJNO
WPISYWANY NA LISTĘ ZAŁOGI
-ZGODNIE Z POSIADANYMI KWALIFIKACJAMI:
(STANOWISKO) z dyplomem (RODZAJ DYPLOMU)**
Rodzaj umowy: **(RODZAJ UMOWY)**
Wymiar: **(WYMIAR ETATU)**
Powierzone obowiązki:
(STANOWISKO)

Zobowiązany jest Pan zgłosić się do pracy w dniu: **(DATA)**

W czasie trwania umowy o pracę będzie Pan otrzymywał wynagrodzenie płatne w sposób i na warunkach przewidzianych w Zakładowym Układzie Zbiorowym Pracy MSPiR z dnia 14.10.2002 r. i Zarządzeniu Nr 5 Dyrektora MSPiR z dnia 02.09.2009 r. wraz ze zmianami w Zarządzeniu nr 5 Dyrektora MSPiR z dnia 16.01.2017 r., a mianowicie:

1. płaca zasadnicza:
w wysokości: **(KWOTA W ZŁ) /mies.**
słownie: **(SŁOWNIE 00/100 ZŁ.)**
2. dodatek stażowy w wysokości **(ILOŚĆ %)** wynagrodzenia zasadniczego
3. dodatek za pogotowie ratownicze w/g Zarządzenia Nr 12 z dnia 01.03.2016 r.,
4. dodatek funkcyjny w zależności od pełnionych obowiązków w wysokości określonej w Zarządzeniu Nr 5 z dnia 02.09.2009 r.,
5. premia w/g Regulaminu tworzenia i podziału funduszu uznaniowo -motywacyjnego zgodnie z Zarządzeniem Nr 3 z dnia 14.01.2003 r.,
6. dodatkowe wynagrodzenie roczne dla pracowników jednostek sfery budżetowej zgodnie z Ustawą z dnia 12.12.1997 r.,
7. dodatek za znajomość języka angielskiego _____,
8. inne dodatki i świadczenia wynikające z przepisów szczegółowych ZUZP MSPiR z dnia 14.10.2002 r.

Wszelkie spory o roszczenia ze stosunku pracy rozstrzyga Sąd Pracy przy Sądzie Rejonowym w Gdyni

.....
data i podpis pracownika

.....
podpis pracodawcy

Raport nr 3 (str. 2)

Oświadczam, że egzemplarz niniejszej umowy otrzymałem i po przeczytaniu jej treści zaproponowane mi warunki pracy i wynagradzania, wynikające z ZUZP MSPiR z dnia 14.10.2002 r. przyjmuję. Równocześnie przyjmuję do wiadomości treść obowiązującego u pracodawcy ZUZP MSPiR, regulaminu pracy oraz zakresu obowiązków na swoim stanowisku pracy i oświadczam, że zobowiązuję się do ich przestrzegania. Ponadto oświadczam, że znane mi są przepisy dotyczące ochrony informacji niejawnych i tajemnicy służbowej, zawartych w Ustawie z dnia 22.01.1999 r. i Kodeksie Karnym art. 265-269 oraz Zarządzeniu Nr 6 z dnia 12.06.2006 r. dot. ochrony tajemnicy służbowej w MSPiR.

Inne warunki zatrudnienia:

1. Urlop wypoczynkowy w wymiarze określonym w par. 19 cz. I ZUZPz dnia 14.10.2002 r. i Protokole Dodatkowym nr 1 do ZUZPz dnia 27.10.2005 r., tj. od dnia **(DATA)**.
2. Okres wypowiedzenia umowy o pracę wynikający z art 30.1 pkt 2 Ustawy z dnia 5.08.2015 r. o pracy na morzu (Dz. U z 2015 r. poz. 1569) 1 miesiąc - jeżeli marynarska umowa o pracę została zawarta na okres co najmniej 6 miesięcy i nie dłuższy niż 3 lata, 2 miesiące – jeżeli marynarska umowa o pracę została zawarta na okres dłuższy niż 3 lata.
3. Dobowa norma czasu pracy:
 - w pogotowiu ratowniczym, rozlewowym lub systemie zmianowym do 10 godz., tygodniowa norma czasu pracy przeciętnie 40 godz. w okresie rozliczeniowym,
 - w systemie dniówkowym - 8 godz. dobowo, 40 godz. tygodniowo pięciodniowym tygodniu pracy.
4. Częstotliwość wypłaty - jeden raz w miesiącu.

.....
data i podpis pracownika

Raport nr 4

NP- (NR AKT PRACOWNIKA)

U M O W A O P R A C Ę

Zawarta w dniu **(DATA)**

pomiędzy: Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa

z siedzibą GDYNIA, ul. Hryniewickiego 10

zwanym dalej pracodawcą, reprezentowanym przez

Dyrektora: **(IMIE I NAZWISKO)**

a Panią: **(IMIE I NAZWISKO)**

zam. **(ADRES ZAMIESZKANIA)**

Pracodawca zatrudnia Panią na następujących warunkach:

Miejsce pracy: **(KOMÓRKA ORGANIZACYJNA)**

Rodzaj umowy: **(RODZAJ UMOWY)**

Wymiar: **(WYMIAR ETATU)**

Powierzone obowiązki: **(STANOWISKO)**

Zobowiązana jest Pani zgłosić się do pracy w dniu: **(DATA)**. W czasie trwania umowy o pracę będzie Pani otrzymywała wynagrodzenie płatne w sposób i na warunkach przewidzianych w Zakładowym Układzie Zbiorowym Pracy MSPiR z dnia 2002.10.14 , Zarządzeniu Nr 5 Dyrektora MSPiR z dnia 2009.09.02 wraz ze zmianami w Zarządzeniu Nr 7 Dyrektora MSPiR z dnia 2014.06.01 i Zarządzeniu Nr 5 Dyrektora MSPiR z dnia 2017.01.16, a mianowicie:

1. płaca zasadnicza kategoria: **(NR KAT.)** w wysokości: **(KWOTA)** zł/mies.
słownie: **(SŁOWNIE 00/100 zł)**
2. dodatek stażowy w wysokości **(ILOŚĆ %)** wynagrodzenia zasadniczego,
3. dodatek funkcyjny w wysokości **(KWOTA)** zł miesięcznie,
4. premia w/g Regulaminu tworzenia i podziału funduszu uznaniowo - motywacyjnego zgodnie z Zarządzeniem Nr 3 z dnia 2003.01.14,
5. dodatkowe wynagrodzenie roczne dla pracowników jednostek sfery budżetowej zgodnie z Ustawą z dnia 1997.12.12,
6. dodatek za znajomość języka angielskiego _____,
7. inne dodatki i świadczenia wynikające z przepisów szczegółowych ZUZP MSPiR z dnia 2002.10.14.

Wszelkie spory o roszczenia ze stosunku pracy rozstrzyga Sąd Pracy przy Sądzie Rejonowym w Gdyni.

.....
data i podpis pracownika

.....
podpis pracodawcy

Oświadczam, że egzemplarz niniejszej umowy otrzymałam i po przeczytaniu jej treści zaproponowane mi warunki pracy i wynagrodzenia, wynikające z ZUZP MSPiR z dnia 2002.10.14 przyjmuję. Równocześnie przyjmuję do wiadomości treść obowiązującego u pracodawcy ZUZP MSPiR, regulaminu pracy oraz zakresu obowiązków na swoim stanowisku pracy i oświadczam, że zobowiązuję się do ich przestrzegania. Ponadto oświadczam, że znane mi są przepisy dotyczące ochrony informacji niejawnych, zawarte w Ustawie z dnia 1999.01.22 i Kodeksie Karnym art. 265-269 oraz Zarz. nr 10 z dnia 2005.09.02 dot. ochrony tajemnicy służbowej w MSPiR.

.....
data i podpis pracownika

Raport nr 5

NPK – (NR AKT PRACOWNIKA)

Gdynia, dnia (data)

Pan
(IMIĘ I NAZWISKO)
(STANOWISKO)

Zmiana do umowy o pracę z dnia (DATA ZAWARCIA UMOWY NA CZAS NIEOKREŚLONY LUB OSTATNIEJ UMOWY)

Z dniem **(DATA ZMIANY)** na mocy porozumienia stron na czas do dnia **(DATA ZAKOŃCZENIA ZMIANY)** zmieniam Panu warunki pracy i płacy wynikające z w/w umowy w sposób następujący:

1. płaca zasadnicza **(KWOTA W ZŁ)** miesięcznie
słownie zł: **(KWOTA SŁOWNIE)**.
 2. nie nabywa Pan dni wolnych zgodnie z § 18 cz. I ZUZP MSPiR.
- Pozostałe warunki umowy o pracę bez zmian.

Podstawa prawna:

Protokół Dodatkowy Nr 1 do ZUZP MSPiR i Zarządzenie Nr 15 z dnia 01.12.2005 r. w sprawie wprowadzenia Protokołu Dodatkowego Nr 1 do ZUZP i Zarządzenia nr 6 Dyrektora MSPiR z dnia 16.01.2017 r.

Wyrażam zgodę

.....
pracodawca

.....
data i podpis pracownika

K.O.: NPw, NPK – a/a

Raport nr 6

Gdynia, dnia.(data)

NP/ (numer akt/rok)

Pan (**IMIE I NAZWISKO**)
(**STANOWISKO**) z dyplomem (**POSIADANY DYPLOM**)

**Zmiana do umowy o pracę z dnia (DATA ZAWARCIA UMOWY NA CZAS
NIEOKREŚLONY LUB OSTATNIEJ UMOWY)**

Z dniem (**DATA ZMIANY**) na mocy porozumienia stron powierzam Panu obowiązki:
(**STANOWISKO**) z dyplomem (**POSIADANY DYPLOM**) na statku: m/s (**STATEK**)
w drodze porozumienia stron do odwołania ze zmianami do w/w umowy:

1. płaca zasadnicza: (KWOTA W ZŁ) słownie: (SŁOWNIE KWOTA),
2. dodatek funkcyjny: (KWOTA W ZŁ) słownie: (SŁOWNIE KWOTA),
3. dodatek za znajomość języka angielskiego,
4. inne dodatki i świadczenia wynikające z Zakładowego Układu Zbiorowego Pracy MSPiR z dnia 14.10.2002 r. oraz Zarządzenia Nr 5 Dyrektora MSPiR z dnia 02.09.2009 r., Zarządzenia nr 12 Dyrektora MSPiR z dnia 01.03.2016 r.
5. Zakres obowiązków określa Zarządzenie Nr 11 z dnia 14.04.2004 r i Aneks nr 1 z dnia 23.04.2012 r.

Pozostałe warunki umowy o pracę pozostają bez zmiany.

.....
pracodawca

Wyrażam zgodę:

.....
podpis pracownika

K.O.: 1/NPW, 2/NPK - a/a

Raport nr 7

Gdynia, dnia (data)

Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa
Gdynia, ul. Hryniewickiego 10

NP- (NR AKT PRACOWNIKA)

Pani (**IMIE I NAZWISKO**)
stanowisko: (**STANOWISKO**)
komórka: (**NAZWA KOMÓRKI**)

**Zmiana do umowy o pracę z dnia (DATA ZAWARCIA UMOWY NA CZAS
NIEOKREŚLONY LUB OSTATNIEJ UMOWY)**

Z dniem (**DATA**) na mocy porozumienia stron na czas do (**DATA**) zmieniam Pani następujące warunki wynikające z w/w umowy:

1. stanowisko: (**NAZWA STANOWISKA**)
2. płaca zasadnicza: kategoria (**NR KAT.**), w wysokości: (**KWOTA**) zł./mies.
słownie: (**SŁOWNIE 00/100 zł.**)

Zakres obowiązków określi stanowiskowa karta pracy.
Pozostałe warunki umowy o pracę pozostają bez zmiany.

Wyrażam zgodę:

.....
podpis pracownika

.....
pracodawca

K.O.:
NP-W
NP-K - a/a

Raport nr 8

Gdynia, dnia (data)

NP/ (numer akt/rok)

Pan (**IMIE I NAZWISKO**)
(**STANOWISKO**) z dyplomem (**POSIADANY DYPLOM**)

**Zmiana do umowy o pracę z dnia (DATA ZAWARCIA UMOWY NA CZAS
NIEOKREŚLONY LUB OSTATNIEJ UMOWY)**

Z dniem (**DATA ZMIANY**) przywracam Pana na uprzednio zajmowane stanowisko tj.
(**STANOWISKO**) z **dyplomem (POSIADANY DYPLOM)** z odpowiednimi do tego
stanowiska warunkami pracy i płacy.

.....
podpis pracownika

.....
pracodawca

K.O.: 1/NPW, 2/NPK - a/a

Raport nr 9

Gdynia, dnia (data)

NP/ (numer akt/rok)

Pan (**IMIĘ I NAZWISKO**)
(**STANOWISKO**) z dyplomem (**POSIADANY DYPLOM**)

Zmiana do umowy o pracę z dnia (DATA)

Z dniem (**DATA ZMIANY**) na mocy porozumienia stron zmieniam Panu stanowisko na (**STANOWISKO**) z dyplomem (**POSIADANY DYPLOM**) oraz inne warunki wynikające z w/w umowy:

1. płaça zasadnicza: (KWOTA W ZŁ) słownie: (SŁOWNIE KWOTA)
2. dodatek funkcyjny: (KWOTA W ZŁ) słownie: (SŁOWNIE KWOTA)
3. dodatek za znajomość języka angielskiego
4. inne dodatki i świadczenia wynikające z Zakładowego Układu Zbiorowego Pracy MSPiR z dnia 14.10.2002 r. oraz Zarz. Nr 5 Dyrektora MSPiR z dnia 02.09.2009 r. Załącznik Nr 1
5. Zakres obowiązków określa Zarządzenie Nr 11 z dnia 14.04.2004 r.

Pozostałe warunki umowy o pracę pozostają bez zmiany.

Wyrażam zgodę:

.....
podpis pracownika

.....
pracodawca

K.O.: 1/NPW, 2/NPK - a/a

Raport nr 10

Gdynia, dnia (data)

Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa
Gdynia, ul. Hryniewickiego 10

NP- (NR AKT PRACOWNIKA)

Pani (**IMIE I NAZWISKO**)
stanowisko: (**STANOWISKO**)
komórka: (**NAZWA KOMÓRKI**)

**Zmiana do umowy o pracę z dnia (DATA ZAWARCIA UMOWY NA CZAS
NIEOKREŚLONY LUB OSTATNIEJ UMOWY)**

Z dniem (**DATA**) na mocy porozumienia stron zmieniam Pani następujące warunki wynikające z w/w umowy:

1. stanowisko: (**NAZWA STANOWISKA**)
2. płaca zasadnicza: kategoria (**NR KAT.**), w wysokości: (**KWOTA**) zł./mies.
słownie: (**SŁOWNIE 00/100 zł.**)
3. dodatek funkcyjny: (**KWOTA**) zł./mies.
słownie: (**SŁOWNIE 00/100 zł.**)

Zakres obowiązków określi stanowiskowa karta pracy.
Pozostałe warunki umowy o pracę pozostają bez zmiany.

Wyrażam zgodę:

.....
podpis pracownika

.....
pracodawca

K.O.:
NP-W
NP-K - a/a

Raport nr 11

Gdynia, dnia (data)

Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa
Gdynia, ul. Hryniewickiego 10

NP/ (numer akt/rok)

Pan: **(IMIE I NAZWISKO)**

Stanowisko: (STANOWISKO) z dyplomem (POSIADANY DYPLOM)

Komórka: ZAŁOGI PŁYWAJĄCE

**Zmiana do umowy o pracę z dnia (DATA ZAWARCIA UMOWY NA CZAS
NIEOKREŚLONY LUB OSTATNIEJ UMOWY)**

Z dniem **(DATA ZMIANY)** na podstawie Zarządzenia Nr 5 z dnia 16.01.2017 r. Załącznik Nr 1 zmieniam Panu następujące warunki wynikające z w/w umowy:

1. płaca zasadnicza: (KWOTA W ZŁ)/ miesięcznie słownie: (SŁOWNIE KWOTA)
słownie: (SŁOWNIE KWOTA).

Pozostałe warunki umowy o pracę pozostają bez zmiany.

Wyrażam zgodę

.....
podpis pracownika

.....
pracodawca

K.O.:
NP a/a

Raport nr 12

Gdynia, dnia (data)

Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa
Gdynia, ul. Hryniewickiego 10

NP- (NR AKT PRACOWNIKA)

Pani (**IMIE I NAZWISKO**)
stanowisko: (**STANOWISKO**)
komórka: (**NAZWA KOMÓRKI**)

Zmiana do umowy o pracę z dnia (DATA)

Z dniem (**DATA**) na mocy porozumienia stron na podstawie Zarządzenia Nr ... Dyrektora MSPiR z dnia ... zmieniam Pani następujące warunki wynikające z w/w umowy:

1. płaça zasadnicza: kategoria (**NR KAT.**), w wysokości: (**KWOTA**) zł./mies.
słownie: (**SŁOWNIE 00/100 zł.**)

Pozostałe warunki umowy o pracę pozostają bez zmiany.

Wyrażam zgodę:

.....
podpis pracownika

.....
pracodawca

K.O.:
NP-W
NP-K - a/a

Raport nr 13

Gdynia, dnia (DATA)

NP- (NR AKT PRACOWNIKA)

Pan (IMIE I NAZWISKO)
(STANOWISKO)

Informacja o warunkach zatrudnienia

Na podstawie art. 29 § 3 KP informuję Pana:

1. Urlop wypoczynkowy w wymiarze określonym w art.154 § 1 pkt 1 KP (Dz.U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.) tj.
2. Okres wypowiedzenia umowy o pracę wynikający z art. 34 pkt 3 Kodeksu Pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.) tj.
3. Dobowa norma czasu pracy: 8 godz., tygodniowa norma czasu pracy: przeciętnie 40 godzin tygodniowo w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.
4. Częstotliwość wypłaty - jeden raz w miesiącu.
5. W związku z zatrudnieniem jest Pan objęty Zakładowym Układem Zbiorowym Pracy MSPiR z dnia 14.10.2002 r. i przysługują Panu uprawnienia zagwarantowane jego postanowieniami.

.....
podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej
do reprezentowania Pracodawcy

Potwierdzenie zapoznania się
z treścią informacji.

.....
data i podpis pracownika

Raport nr 14

Gdynia, dnia (DATA)

Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa
Gdynia, ul. Hryniewickiego 10

NP/ (NR AKT PRACOWNIKA/ROK)

Z A Ś W I A D C Z E N I E
o zatrudnieniu

Zaświadcza się, że (IMIE i NAZWISKO) PESEL (NUMER PESEL)
zamieszkały(a): (ADRES ZAMIESZKANIA)
jest zatrudniony(a) w wymiarze czasu pracy: (WYMIAR ETATU)
na stanowisku (STANOWISKO).
Jest zatrudniony(a) od dnia (DATA ZATRUDNIENIA) – (RODZAJ UMOWY).

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia odnośnym władzom.

.....
pieczęć i podpis

Raport nr 15

Gdynia, dnia (data)

NP- (NR AKT PRACOWNIKA)

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

I. Zaświadcza się, że **(IMIE I NAZWISKO)**

urodzony(a) **(DATA URODZENIA)**

jest zatrudniony(a) w **Morskiej Służbie Poszukiwania i Ratownictwa w Gdyni**

od dnia **(DATA ZATRUDNIENIA)** - nadal,

w wymiarze **(WYMIAR ETATU)**

na stanowisku **(STANOWISKO)**

II. W okresie zatrudnienia pracownik:

1. korzystał z urlopu bezpłatnego:

(OKRESY OD-DO) (art. 174 par. 1 KP)

2. korzystał z urlopu wychowawczego:

(OKRESY OD-DO)

3. wykorzystał zwolnienie lekarskie po 14.11.1991 r.:

(OKRESY OD-DO)

4. odbywał służbę wojskową:

(OKRESY OD-DO)

5. inne okresy nieskładkowe:

(OKRESY OD-DO)

III. W okresie zatrudnienia wykonywał pracę w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze:

(OKRESY OD-DO) wykonywał pracę na statkach MSPiR, pracownik wpisany na listę członków załogi statku na stanowisku: (STANOWISKO) wymienionym w wykazie A, dział VIII, poz. 4, pkt 1 wykazu stanowiącego załącznik do Zarządzenia NR 24 Ministra-Kierownika Urzędu Gospodarki Morskiej z dnia 15.08.1983 r. w sprawie prac wykonywanych w szczególnych warunkach w zakładzie pracy resortu gospodarki morskiej i na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 07.02.1983 r. Dz. U. Nr 8, poz. 43, oraz w wykazie prac w szczególnych warunkach poz. 23 stanowiących załącznik Nr 1 do Ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych Dz. U. Nr 237 poz. 1656.

IV. Informacje uzupełniające

Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa została wyodrębniona z Polskiego Ratownictwa Okrętowego z dniem 2002.01.01 na mocy art. 59 ust. 2 Ustawy z 2000.11.09 (Dz. U. Nr 109 poz. 1156)

Raport nr 16

Gdynia dnia (data)

NP- (NR AKT)

ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

I. Zaświadcza się, że **(IMIE I NAZWISKO)**

urodzony(a)**(DATA)**

jest zatrudniony(a) w **Morskiej Służbie Poszukiwania i Ratownictwa w Gdyni**

od dnia **(DATA)** - nadal,

w wymiarze **(WYMIAR ETATU)**

na stanowisku **(STANOWISKO)**

II. W okresie zatrudnienia pracownik:

1. korzystał z urlopu bezpłatnego:
(OKRESY OD-DO)
2. korzystał z urlopu wychowawczego:
(OKRESY OD-DO)
3. wykorzystał zwolnienie lekarskie po 14.11.1991r.:
(OKRESY OD-DO)
4. odbywał służbę wojskową:
(OKRESY OD-DO)
5. inne okresy nieskładkowe:
(OKRESY OD-DO)

III. W okresie zatrudnienia wykonywał pracę w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze:

(OKRESY OD-DO) wykonywał pracę jako stały pracownik brzegowej stacji ratownictwa morskiego na stanowisku. **(STANOWISKO)** wymienionym w wykazie A, dział VIII, poz. 17, pkt 1 wykazu stanowiącego załącznik do Zarządzenia NR 24 Ministra-Kierownika Urzędu Gospodarki Morskiej z dnia 15.08.1983 r. w sprawie prac wykonywanych w szczególnych warunkach w zakładzie pracy resortu gospodarki morskiej oraz w wykazie prac o szczególnym charakterze Załącznik nr 2 poz.19 Ustawy z dnia 19.12.2008 r. o emeryturach pomostowych.

Raport nr 17

Pracownicy morskcy

Oświadczenie
o zapoznaniu z ryzykiem zawodowym

1.	Imię i nazwisko osoby odbywającej szkolenie: (imię i nazwisko)
2.	Stanowisko: (stanowisko)
3.	Nazwa komórki organizacyjnej: Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa
4.	Data zapoznania pracownika z ryzykiem zawodowym:
5.	<p>Oświadczam, że zostałem(am) zapoznany(na) z ryzykiem zawodowym i czynnikami szkodliwymi i uciążliwymi na zajmowanym stanowisku pracy na statkach Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa.</p> <p>..... czytelny podpis pracownika</p>

**Oświadczenie
o zapoznaniu pracownika z ryzykiem zawodowym**

1.	Imię i nazwisko osoby odbywającej szkolenie: (imię i nazwisko)
2.	Stanowisko: (stanowisko)
3.	Nazwa komórki organizacyjnej: Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa
4.	Data zapoznania pracownika z ryzykiem:
5.	<p>Oświadczam, iż zostałem(am) zapoznany(na) z ryzykiem zawodowym oraz czynnikami szkodliwymi i uciążliwymi występującymi na zajmowanym stanowisku pracy.</p> <p style="text-align: right;">..... czytelny podpis pracownika</p>

IWO

**Karta szkolenia wstępnego
w dziedzinie Bezpieczeństwa i Higieny Pracy**

1. Imię i nazwisko osoby odbywającej szkolenie (imię i nazwisko)	
2. Nazwa komórki organizacyjnej: Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa	
3. Instruktaż ogólny	Instruktaż ogólny przeprowadził w dniu (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktora) podpis osoby, której udzielono instruktażu
4. Instruktaż stanowiskowy	Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy przeprowadził w dniach imię i nazwisko przeprowadzającego instruktora Po przeprowadzeniu sprawdzianu wiadomości i umiejętności z zakresu wykonywania pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy Pan(i)..... został(a) dopuszczony(a) do wykonywania pracy na stanowisku: podpis osoby, której udzielono instruktażu data i podpis kierownika komórki organizacyjnej
	Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy przeprowadził w dniach imię i nazwisko przeprowadzającego instruktora Po przeprowadzeniu sprawdzianu wiadomości i umiejętności z zakresu wykonywania pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy Pan(i)..... został(a) dopuszczony(a) do wykonywania pracy na stanowisku: podpis osoby, której udzielono instruktażu data i podpis kierownika komórki organizacyjnej

Raport nr 19 (str. 2)

Program instruktażu wstępnego ogólnego w zakresie
bezpieczeństwa i higieny pracy

L.p.	Temat szkolenia	Liczba godzin
1.	Istota bezpieczeństwa i higieny pracy.	0.1
2.	Zakres obowiązków i uprawnień pracodawcy, pracowników oraz poszczególnych komórek organizacyjnych zakładu pracy i organizacji społecznych w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.	0.4
3.	Odpowiedzialność za naruszenie przepisów lub zasad bhp.	0.1
4.	Zasady poruszania się na terenie zakładu pracy.	0.2
5.	Zagrożenia wypadkowe i zagrożenia dla zdrowia występujące w zakładzie pracy i podstawowe środki zapobiegawcze. Zapoznanie z oceną ryzyka zawodowego.	0.3
6.	Podstawowe zasady bhp związane z obsługą urządzeń technicznych oraz transportem wewnątrzzakładowym .	0.4
7.	Zasady przydziału odzieży roboczej i obuwia roboczego oraz środków ochrony indywidualnej, w tym w odniesieniu do stanowiska pracy instruowanego	0.2
8.	Porządek i czystość w miejscu pracy oraz higiena osobista pracownika.	0.1
9.	Profilaktyczna opieka lekarska – zasady jej sprawowania w odniesieniu do stanowiska instruowanego.	0.2
10.	Podstawowe zasady ochrony przeciwpożarowej oraz postępowania w razie pożaru.	0.3
11.	Organizacja i zasady udzielania pomocy przedlekarskiej w razie wypadku	0.7
Razem:		3.0

IWP poż.

**Karta szkolenia wstępnego w dziedzinie
Ochrony Przeciwpożarowej**

1. Imię nazwisko osoby odbywającej szkolenie: (imię i nazwisko)	
2. Stanowisko: (stanowisko)	
3. Nazwa komórki organizacyjnej: Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa	
4. Instruktaż p-poż.	<p>Instruktaż ogólny w zakresie ochrony przeciwpożarowej przeprowadzono w dniu:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>podpis osoby, której udzielono instruktażu</p> <p>.....</p> <p>imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaż</p>

**Program
instruktażu wstępnego w zakresie Ochrony Przeciwpozarowej**

l.p.	Temat szkolenia	Liczba godzin
1	Zagrożenie pożarowe w miejscu pracy, przyczyny powstawania i rozprzestrzeniania się pożarów.	0.30
2	Zadania i obowiązki pracowników w zakresie zapobiegania pożarom.	0.30
3	Zadania i obowiązki pracowników w przypadku powstania pożaru, sposoby alarmowania.	0.30
4	Ewakuacja osób i mienia, drogi ewakuacji.	0.50
5	Sprzęt i urządzenia gaśnicze, środki gaśnicze.	0.30
6	Zapoznanie z instrukcją postępowania na wypadek zagrożenia powstania pożaru.	0.30
Razem:		2.00

IWS-R

**Karta szkolenia wstępnego
w dziedzinie Bezpieczeństwa i Higieny Pracy**

1. Imię nazwisko osoby odbywającej szkolenie: (imię i nazwisko)	
2. Nazwa komórki organizacyjnej: Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa	
3. Instruktaż ogólny	Instruktaż ogólny przeprowadził w dniu (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaza) podpis osoby, której udzielono instruktażu
4. Instruktaż stanowiskowy	Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy: (stanowisko) przeprowadził w dniach (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaza) Po przeprowadzeniu sprawdzianu wiadomości i umiejętności z zakresu wykonywania pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy Pan(i) (imię i nazwisko) został(a) dopuszczony(a) do wykonywania pracy na stanowisku: (stanowisko). podpis osoby, której udzielono instruktażu data i podpis kierownika komórki organizacyjnej
	Instruktaż stanowiskowy na stanowisku pracy przeprowadził w dniach (imię i nazwisko przeprowadzającego instruktaza) Po przeprowadzeniu sprawdzianu wiadomości i umiejętności z zakresu wykonywania pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny Pracy Pan(i) został(a) dopuszczony(a) do wykonywania pracy na stanowisku: podpis osoby, której udzielono instruktażu data i podpis kierownika komórki organizacyjnej

Raport nr 21 (str. 2)

Program instruktażu wstępnego stanowiskowego
w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy

l.p.	Temat szkolenia	Liczba godzin
1.	Przygotowanie pracownika do wykonania pracy na stanowisku pracy: a) omówienie warunków pracy z uwzględnieniem: - elementów pomieszczenia pracy, w który pracownik ma pracować mające wpływ na warunki pracy pracownika (oświetlenie ogólne, ogrzewanie, wentylacja, urządzenia techniczne, urządzenia ochronne), - elementy stanowiska roboczego mające wpływ na bezpieczeństwo i higienę pracy (pozycja przy pracy, oświetlenie miejscowe, wentylacja miejscowa, urządzenia zabezpieczające, ostrzegawcze i sygnalizacyjne, narzędzia, surowce i produkty), - przebieg procesu pracy na stanowisku pracy w nawiązaniu do procesu produkcyjnego (działalności) w całej komórce organizacyjnej i zakładzie pracy, b) omówienie zagrożeń występujących na określonych czynnościach na stanowiskach pracy, wyników oceny ryzyka zawodowego związanego z wykonywaną pracą i sposobów ochrony przed zagrożeniami oraz zasad postępowania w razie wypadku lub awarii. c) przygotowanie stanowiska roboczego do wykonania określonego zadania	2
2.	Pokazanie przez instruktora sposobu wykonania pracy na stanowisku pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy, z uwzględnieniem metod bezpiecznego wykonywania poszczególnych czynności i ze szczególnym zwróceniem uwagi na czynności trudne i niebezpieczne.	0,5
3.	Próbné wykonanie zadania przez pracownika pod kontrolą instruktora	0.5
4.	Samodzielna praca pracownika pod nadzorem instruktora.	4
5.	Omówienie i ocena przebiegu wykonania pracy przez pracownika	1
Razem:		8

Karta szkolenia wstępnego w dziedzinie Bezpieczeństwa i Higieny Pracy

Wzory dokumentów generowanych przez System

Raport nr 22 (str. 2)

Program
instruktażu wstępnego stanowiskowego w zakresie Bezpieczeństwa i Higieny Pracy

l.p.	Temat szkolenia	Liczba godzin
1.	<p>Przygotowanie pracownika do wykonania pracy na stanowisku pracy:</p> <p>A. omówienie warunków pracy z uwzględnieniem:</p> <ul style="list-style-type: none">- elementów pomieszczenia pracy, w który pracownik ma pracować mające wpływ na warunki pracy pracownika (oświetlenie ogólne, ogrzewanie, wentylacja, urządzenia techniczne, urządzenia ochronne),- elementy stanowiska roboczego (oświetlenie miejscowe, urządzenia zabezpieczające, ostrzegawcze i sygnalizacyjne, narzędzia, surowce i produkty),- przebieg procesu pracy na stanowisku pracy w nawiązaniu do procesu produkcyjnego wynikającego z działalności gospodarczej zakładu pracy, <p>B. omówienie zagrożeń występujących przy określonych czynnościach na określonych stanowisku pracy zagrożeń, jakie mogą stwarzać te czynniki, wyników oceny ryzyka zawodowego związanego z wykonywaną pracą i sposobów ochrony przed zagrożeniami, a także zasad postępowania w razie wypadku lub awarii,</p> <p>C. przygotowanie wyposażenia stanowiska roboczego do wykonania określonego zadania.</p>	2,0
Razem :		2,0

Raport nr 23 (str. 1)

pieczętka firmy

Gdynia, dnia (data)

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

☐ Wstępne ☐ Okresowe ☐ Kontrolne (zakreślić właściwe)

Działając na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09 grudnia 2015 r. (Dz. U. poz. 2105 r.), kieruję na badania lekarskie do [Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Przychodnia Medycyny Pracy i Chorób Tropikalnych, 81-519 Gdynia ul. Powstania Styczniowego 9B] /wymienne z inną placówką/.

Pana / Panią*): (nazwisko i imię)

Data urodzenia: (data urodzenia)

PESEL**): (PESEL)

Zamieszkałego/zamieszkałą*): (adres zamieszkania)

Zatrudnionego/zatrudnioną* lub podejmującego/podejmującą* pracę na stanowisku lub stanowiskach: (stanowisko)

określenie stanowiska / stanowisk*):
.....

Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy, czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonywanych na tym stanowisku/stanowiskach – należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia****).

Czynniki szkodliwe: fizyczne, chemiczne, biologiczne, niebezpieczne (zakreślić występujące zagrożenia).

- ☐ hałas powyżej NDN,
- ☐ drgania mechaniczne powyżej NDN,
- ☐ praca w warunkach podwyższonego ciśnienia atmosferycznego (praca pod wodą),
- ☐ pyły,
- ☐ czynniki chemiczne,
- ☐ biologiczne,

Czynniki uciążliwe (zakreślić występujące zagrożenia).

- ☐ praca przy monitorze ekranowym (komputer) przez 4 – y godziny dziennie,
- ☐ praca w zmiennych warunkach atmosferycznych (na statku w warunkach środowiska morskiego),

Raport nr 23 (str. 2)

Dodatkowe informacje dotyczące wykonywanej pracy (zakreślić).

☐ kierowanie samochodem osobowym -

.....
.....

☐ kierowanie samochodem ciężarowym (uprzywilejowanym) -

.....

☐ kierowanie wózkiem jezdniowym z napędem silnikowym

.....

Uwagi

.....
.....

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonania pracy wskazanych w skierowaniu:

.....
podpis i pieczęć osoby wystawiającej skierowanie

Objaśnienia:

*) Niepotrzebne skreślić.

**) W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – seria, numer i nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy – data urodzenia.

***)) Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonywania.

****)) Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:

1) wydane na podstawie:

a) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,

b) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,

c) art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,

d) art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,

e) art. 25 pkt. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2014 r. poz. 1512) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego;

2) załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. Nr 69, poz. 332, z późn. zm.)

Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania.

Raport nr 24 (str. 1)

pieczęć firmy

Gdynia, dnia (data)

SKIEROWNIE NA BADANIA LEKARSKIE

☐ Wstępne ☐ Okresowe ☐ Kontrolne zakreslić właściwe

Działając na podstawie art. 229 §4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. poz. 1502 z późn. zm.), kieruję na badania lekarskie do [Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Przychodnia Medycyny Pracy i Chorób Tropikalnych, 81-519 Gdynia ul. Powstania Styczniowego 9B] /wymienne z inną placówką/.

Pana / Panią*(imię nazwisko)

Data urodzenia: (data urodzenia)

PESEL**): (PESEL).

Zamieszkałego/zamieszkałą*) (adres zamieszkania)

Zatrudnionego/zatrudnioną*) lub podejmującego/podejmującą*) pracę na stanowisku lub stanowiskach:

(stanowisko)

określenie stanowiska / stanowisk*) pracy***):

Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy, czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonywanych na tym stanowisku/stanowiskach – należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia****).

Czynniki szkodliwe: fizyczne, chemiczne, biologiczne, niebezpieczne (zakreślić występujące zagrożenia).

- ☐ hałas powyżej NDN,
- ☐ drgania mechaniczne powyżej NDN,
- ☐ praca w warunkach podwyższonego ciśnienia atmosferycznego (praca pod wodą),
- ☐ pyły,
- ☐ czynniki chemiczne,
- ☐ biologiczne,

Raport nr 24 (str. 2)

Czynniki uciążliwe (zakreślić występujące zagrożenia).

- ☐ praca przy monitorze ekranowym (komputer) przez 4 – y godziny dziennie,
- ☐ praca w zmiennych warunkach atmosferycznych (na statku w warunkach środowiska morskiego),
- ☐ praca na wysokości do 3 metrów,
- ☐ praca na wysokości powyżej 3 metrów,

Dodatkowe informacje dotyczące wykonywanej pracy (zakreślić).

- ☐ kierowanie samochodem osobowym -
-
- ☐ kierowanie samochodem ciężarowym (uprzywilejowanym) -
-
- ☐ kierowanie wózkiem jezdniowym z napędem silnikowym
-

Uwagi

.....

.....

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonania pracy wskazanych w skierowaniu:

.....
podpis i pieczęć osoby wystawiającej skierowanie

Objaśnienia:

- *) Niepotrzebne skreślić.
- **) W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – seria, numer i nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy – data urodzenia.
- ***)) Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonywania.
- ****)) Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:
- 1) wydane na podstawie:
 - a) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
 - b) art. 221 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,
 - c) art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,
 - d) art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
 - e) art. 25 pkt. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2014 r. poz. 1512) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego;
 - 2) załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. Nr 69, poz. 332, z późn. zm.)

Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania.

Raport nr 25

Gdynia, dnia (DATA)

Pan Kapitan

Statku (NAZWA STATKU)

Prosimy o zatwierdzenie zaokrętowania Pana (IMIĘ i NAZWISKO)

Data i miejsce urodzenia (DATA I MIEJSCE URODZENIA)

Obywatelstwo (OBYWATELSTWO) na statek (NAZWA STATKU)

w charakterze (STANOWISKO) z dniem (DATA ROZPOCZĘCIA ZMIANY)

Ww. posiada Książeczkę Żeglarską Nr (NR KS ŻEGLARSKIEJ)

Rodzaj zawartej umowy o pracę (RODZAJ UMOWY)

Równocześnie prosimy o wyokrętowanie Pana (IMIĘ I NAZWISKO)

Książeczka Żeglarska Nr (NR KS ŻEGLARSKIEJ) ze stanowiska (STANOWISKO)

z dniem (DATA WYMUSTROWANIA).

Przyczyna wymustrowania (PRZYCZYNA WYMUSTROWANIA).

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej

Raport nr 26

Lista Załogowa - (NAZWA STATKU)

Zmiana	Nazwisko	Imię	Stanowisko	Data od	Data do
(nr)	(nazwisko)	(imię)	(stanowisko)	(data od)	(data do)

Raport nr 27

.....
pieczęć nagłówkowa armatora

ZBIORCZE SKIEROWANIE Nr

na statek (nazwa statku)

zmiana od (data) do (data)

Lp.	Nazwisko i Imię	Stanowisko	Uwagi
1.	(imię i nazwisko)	(stanowisko)	
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			

.....
pieczęć i podpis pracownika
Działu Kadr Szkolenia i Spraw Socjalnych

Potwierdzenie pobytu przez
kapitana jednostki

Gdynia, dnia (data)

NP/ (numer akt/rok)

Pan (**IMIĘ I NAZWISKO**)
(STANOWISKO) z dyplomem (POSIADANY DYPLOM)

**Zmiana do umowy o pracę z dnia (DATA ZAWARCIA UMOWY NA CZAS
NIEOKREŚLONY LUB OSTATNIEJ UMOWY)**

Z dniem (**DATA ZMIANY**) na mocy porozumienia stron, na czas do odwołania zmieniam Panu następujące warunki wynikające z w/w umowy:

1. miejsce pracy: statek typu (RODZAJ STATKU – NAZWA STATKU) kategoria (RODZAJ KATEGORII) w budowie.
2. inne dodatki i świadczenia wynikające z ZUZP z dnia 14.10.2002 r. m.in.:
 - wyżywienie w dniach pracy na statku,
 - strawne za każdy dzień, w którym nie korzystał z wyżywienia na statku.
3. Zakres obowiązków wynika z nadzoru nad budową statku i wytycznych Działu Techniczno - Inwestycyjnego.

Pozostałe warunki umowy pozostają bez zmian.

Wyrażam zgodę

.....
podpis pracownika

.....
pracodawca

K.O.: 1/NPW, 2/NPK - a/a

Raport nr 29

m/s (NAZWA STATKU)

(Imię i Nazwisko)

Gdynia, dnia (data)

WYDATKI

na wyżywienie, mleko BHP, wodę, prasę i środki
czystości

za okres	(data rozpoczęcia zmiany)	(data zakończenia zmiany)	(ilość dni)	(ilość osób)
			<i>razem dni</i>	<i>Ilość osób</i>

1. Wyżywienie wynosi:

a)

(ilość osobodni)	(0,00zł)
------------------	----------

 =

(0,00 zł)

ilość osobodni limit
finansowy

b)

(ilość osobodni)	(0,00zł)
------------------	----------

 =

(0,00zł)

ilość osobodni limit
finansowy

RAZEM

(0,00zł)

2. Mleko BHP:

a)

(ilość osobodni)	(0,00zł)
------------------	----------

 =

(0,00zł)

ilość osobodni limit
finansowy

3. Woda

a)

(ilość osobodni)	(0,00zł)
------------------	----------

 =

(0,00zł)

ilość osobodni limit
finansowy

4. Prasa

norma pieniężna dla jednej zmiany

(0,00zł)

5. Środki czystości

norma pieniężna dla jednej zmiany

(0,00zł)

RAZEM pkt
1,2,3,4,5

(0,00zł)

Podpis stewarda

Podpis kapitana

Raport nr 30

MORSKA SŁUŻBA

POSZUKIWANIA

I RATOWNICTWA



WYKAZ PRZEPRACOWANYCH GODZIN

KOMÓRKA ORGANIZACYJNA:

w miesiącu:

L.p*	Nazwisko i imię	godziny pracy od do	Ilość przepracowanych godzin w dniach																												Czas nomin. m-ca Godz. Planow	Ilość godzin				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		Przepracowany ch	Nadliczb.	Nocnych		
			6				7							8								9														
1.		08.00-20.00																															160			
		20.00-08.00																																		
2.		08.00-20.00																															160			
		20.00-08.00																																		
3.		08.00-20.00																															160			
		20.00-08.00																																		
4.		08.00-20.00																															160			
		20.00-08.00																																		
5.		08.00-20.00																															160			
		20.00-08.00																																		

*grafik musi uwzględniać do 15 osób w komórce organizacyjnej

Raport nr 31

Gdynia, dnia (data)
Morska Służba Poszukiwania
i Ratownictwa w Gdyni

NP- (NR AKT PRACOWNIKA/ROK)

WYKAZ

**okresów zatrudnienia uprawniających do nagrody jubileuszowej
za (ILOŚĆ LAT STAŻU) - letni okres pracy**

Nazwisko i imię: **(IMIE i NAZWISKO)**
Stanowisko: **(STANOWISKO)**
(POSIADANY DYPLOM)

Lp.	Nazwa zakładu pracy	Zatrudniony od dnia	Zatrudniony do dnia	Tryb rozwiązania	Staż pracy	Uwagi
1	(nazwa zakładu pracy)	(data)	(data)	(tryb rozwiązania)	(staż pracy)	(uwagi)
2						
	RAZEM					

Urlopy bezpłatne: **(OKRESY OD-DO)**

Uprawniony do nagrody od dnia: **(DATA NABYCIA UPRAWNIENIA)**

Opinia NP: P. (IMIE I NAZWISKO) nabył uprawnienia do nagrody jubileuszowej za (ILOŚĆ LAT) lat pracy. Podstawa prawna:

Opinia Radcy Prawnego:
Kierownik NP:

Decyzja Dyrektora:

Raport nr 32 (str. 1)

Gdynia, dnia (data)

.....
(pracodawca oraz jego siedziba
lub miejsce zamieszkania)

.....
(nr REGON-PKD)

NP- (NR AKT/ROK)

ŚWIADECTWO PRACY

1. Stwierdza się, że **(IMIE I NAZWISKO)**
imiona rodziców **(IMIONA RODZCÓW)**
urodzony(a) **(DATA URODZENIA)**

był(a) zatrudniony(a)
w okresie od **(DATA)** do **(DATA)** w POLSKIM RATOWNICTWIE OKRĘTOWYM W GDYNI, przeniesiony
na mocy art. 59 ust. 2 Ustawy z dn. 09.11.2000 r. w trybie art. 23(1) Kodeksu Pracy do **MORSKIEJ SŁUŻBY
POSZUKIWANIA I RATOWNICTWA W GDYNI** od **(DATA)** do **(DATA)**

.....
(pracodawca)

w okresie **od (DATA) do (DATA)**
w wymiarze **(WYMIAR ETATU)** (wymiar czasu pracy).....

2. W okresie zatrudnienia pracownik wykonywał pracę:
.....(STANOWISKA).....
(rodzaj wykonywanej pracy lub zajmowane stanowiska lub pełnione funkcje)

3. Stosunek pracy ustał w wyniku:
a) rozwiązania
.....
(tryb i podstawa prawna rozwiązania stosunku pracy)
b) wygaśnięcia
(podstawa prawna wygaśnięcia stosunku pracy)

4. Został zastosowany skrócony okres wypowiedzenia umowy o pracę na
podstawie art. 36¹ par. 1 Kodeksu Pracy
.....
(okres, o który został skrócony okres wypowiedzenia, uprawniający do odszkodowania)

5. W okresie zatrudnienia pracownik:
1) wykorzystał urlop wypoczynkowy w wymiarze:
(urlop wypoczynkowy wykorzystany w roku kalendarzowym, w którym ustał stosunek pracy)
w tym
(urlop wypoczynkowy wykorzystany na podstawie art. 167(2) Kodeksu pracy
w roku kalendarzowym, w którym ustał stosunek pracy)

2) korzystał z urlopu bezpłatnego
(okres trwania urlopu bezpłatnego i podstawa prawna jego udzielenia)

3) wykorzystał urlop ojcowski w wymiarze wczęściach.....

Raport nr 32 (str. 2)

- 4) wykorzystał urlop rodzicielski udzielony na podstawie
(podstawa prawna udzielenia urlopu)
w wymiarze w częściach, w tym na podstawie
art.182^{1c} par.3 Kodeksu Pracy w częściach.
- 5) wykorzystał urlop wychowawczy udzielony na podstawie
(podstawa prawna udzielenia urlopu)
w wymiarze w okresie(okresach) w częściach.
- 6) korzystał z ochrony stosunku pracy, o której mowa w art.186
par.1 pkt 2 Kodeksu Pracy, w okresie(okresach)
- 7) wykorzystał zwolnienie od pracy przewidziane w art.188
Kodeksu Pracy
(liczba dni lub godzin zwolnienia wykorzystanego w roku kalendarzowym, w którym ustał stosunek pracy.)
- 8) był niezdolny do pracy przez
(liczba dni, za które pracownik otrzymał wynagrodzenie - zgodnie z art. 92 Kodeksu Pracy, w roku kalendarzowym, w którym ustał stosunek pracy)
- 9).....
(dni za które pracownik nie zachował prawa do wynagrodzenia, przypadające w okresie od 1 stycznia 2003r. do dnia 31 grudnia 2003r zgodnie z art.92 par.1¹ Kodeksu Pracy obowiązującym w tym okresie)
- 10) odbył służbę wojskową w okresie
(okres odbywania czynnej służby wojskowej lub jej form zastępczych)
- 11) wykonywał pracę w szczególnych warunkach, lub w szczególnym charakterze
(okres wykonywania pracy oraz jej rodzaj i zajmowane stanowiska)
- 12)wykorzystał dodatkowy urlop albo inne uprawnienia lub świadczenia przewidziane przepisami prawa pracy
- 13).....
(okresy nieskładkowe, przypadające w okresie zatrudnienia wskazanym w ust.1, uwzględniane przy ustalaniu przy ustalaniu prawa do emerytury lub renty)
6. Informacja o zajęciu wynagrodzenia:.....
(oznaczenie komornika i numer sprawy egzekucyjnej)
.....
(wysokość potrąconych kwot)
7. Informacje uzupełniające
.....

.....
pieczęć i podpis pracodawcy
lub osoby działającej w jego imieniu)

POUCZENIE

Pracownik może w ciągu 7 dni od otrzymania świadectwa pracy wystąpić do pracodawcy z wnioskiem o sprostowanie tego świadectwa. W razie nieuwzględnienia wniosku pracownikowi przysługuje, w ciągu 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o odmowie sprostowania świadectwa pracy, prawo wystąpienia z żądaniem sprostowania świadectwa pracy do Sądu Rejonowego - Sądu Pracy w Gdyni Plac Konstytucji 5.

.....
podstawa prawna - art. 97 par. 2(1) Kodeksu pracy)

Raport nr 33

Gdynia, dnia (data)

.....
(pieczęć zakładu pracy)

.....
(nr REGON-EKD)

Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 24
Ministra - Kierownika UGM z dnia 15.08.1983 r.

NP- (NR AKT PRACOWNIKA)

**ŚWIADECTWO
wykonywania prac w szczególnych warunkach**

Niniejszym zaświadcza się, że **(IMIĘ I NAZWISKO)**
urodzony **(DATA URODZENIA)**
zamieszkały **(ADRES ZAMIESZKANIA)**

był zatrudniony w naszym zakładzie pracy w okresie:
od (DATA ZATRUDNIENIA) do (DATA ZWOLNIENIA)

W tym okresie pracy: **(OKRESY OD-DO)**

wykonywał pracę na statkach MSPiR, pracownik wpisany na listę członków załogi statku na stanowisku: **(STANOWISKO)** wymienionym w wykazie A, dział VIII, poz. 4, pkt 1 wykazu stanowiącego załącznik do Zarządzenia NR 24 Ministra-Kierownika Urzędu Gospodarki Morskiej z dnia 15.08.1983 r. w sprawie prac wykonywanych w szczególnych warunkach w zakładzie pracy resortu gospodarki morskiej i na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 07.02.1983 r. DZ. U. Nr 8, poz.43 , oraz w wykazie prac w szczególnych warunkach poz.23 stanowiących załącznik Nr 1 do Ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych.

.....
określić charakter pracy ściśle wg wykazu, działu i pozycji Rozp. Rady Ministrów
z dnia 7.02.1983 r.- Dz. U. Nr 8, poz. 43

Urlopy bezpłatne:
....**(OKRESY OD-DO)**.....
(art. 174 par. 1 KP)

Zwolnienia lekarskie po 1991.11.14:

....**(OKRESY OD-DO)**.....
Informacje dodatkowe:

Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa została wyodrębniona z Polskiego Ratownictwa Okrętowego z dniem 2002.01.01 na mocy art. 59 ust. 2 Ustawy z 2000.11.09 (Dz. U. Nr 109 poz. 1156).

.....
pieczęć i podpis pracodawcy
lub osoby działającej w jego imieniu

Raport nr 34

Gdynia, dnia..(DATA)

.....
(pieczęć zakładu pracy)

.....
(nr REGON-EKD)

Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 24
Ministra - Kierownika UGM z dnia 15.08.1983

NP- (NR AKT PRACOWNIKA)

**ŚWIADECTWO
wykonywania prac w szczególnych warunkach**

Niniejszym zaświadcza się, że **(IMIE I NAZWISKO)**
urodzony **(DATA URODZENIA)**
zamieszkały **(ADRES ZAMIESZKANIA)**

był zatrudniony w naszym zakładzie pracy w okresie:
od (DATA ZATRUDNIENIA) do (DATA ZWOLNIENIA)

W tym okresie pracy:

(OKRESY OD-DO)

Prace ratownicze brzegowych stacji ratownictwa morskiego, wykonywane na jednostkach pływających oraz z lądu. Stale i w pełnym wymiarze czasu pracy wykonywał pracę jako **stały pracownik brzegowej stacji ratownictwa morskiego** na stanowisku: **(STANOWISKO)** wymienionym w wykazie A, dział VIII, poz. 17, pkt 1 wykazu stanowiącego załącznik do Zarządzenia NR 24 Ministra-Kierownika Urzędu Gospodarki Morskiej z dnia 15.08.1983 r. w sprawie prac wykonywanych w szczególnych warunkach w zakładzie pracy resortu gospodarki morskiej, oraz w wykazie prac o szczególnym charakterze Załącznik nr 2 poz.19 Ustawy z dnia 19.12.2008 r. o emeryturach pomostowych.

.....
(określić charakter pracy ściśle wg wykazu, działu i pozycji Rozp. Rady Ministrów
z dnia 7.02.1983r.- Dz. U. Nr 8, poz. 43)

Urlopy bezpłatne:
.....(OKRESY OD-DO).....
(art. 174 par. 1 KP)

Zwolnienia lekarskie po 1991.11.14
..... (OKRESY OD-DO).....

Informacje dodatkowe:

Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa została wyodrębniona z Polskiego Ratownictwa Okrętowego z dniem 2002.01.01 na mocy art. 59 ust. 2 Ustawy z 2000.11.09 (Dz. U. Nr 109, poz. 1156).

.....
pieczęć i podpis pracodawcy
lub osoby działającej w jego imieniu

Raport nr 35

Rejestr podejrzeń o choroby zawodowe

Nr	Nazwisko i imię	Data podejrzenia o chorobę zawodową	Rodzaj podejrzanej choroby zawodowej	Data przyjęcia sporządzenia wywiadu środowiskowego.	Uwagi
	Stanowisko			Data wysłania wywiadu do poradni chorób zawodowych.	

Raport nr 36

Rejestr stwierdzonych chorób zawodowych

Nr	Nazwisko i imię	Decyzja Inspektora Sanitarnego nr	Rodzaj stwierdzonej choroby zawodowej	Data wysłania decyzji do ZUS	Procent uszczerbku na zdrowiu	Uwagi
	Stanowisko				Wysokość odszkodowania	

Raport nr 37

Rejestr wypadków w drodze z domu do pracy i z pracy do domu

Nr kart wypadku	Nazwisko i imię	Data wypadku	Skutki wypadku	Krótki opis wypadku	Uwagi
		Godzina wypadku		Przyczyny wypadku	
	Stanowisko	Data sporządzenia karty wypadku	Liczba dni zwolnienia lekarskiego [od – do]	Wnioski i zalecenia profilaktyczne	

Raport nr 38

MSP i R – Rejestr wypadków przy pracy

Protokół nr	Nazwisko i imię poszkodowanego Stanowisko	Data wypadku	Data wysłania dokumentacji / wniosku do ZUS	Informacja dotycząca skutków wypadku	Krótki opis wypadku Przyczyny wypadku Wnioski i zalecenia profilaktyczne zespołu powypadkowego	Stwierdzenie czy wypadek jest, czy też nie jest wypadkiem przy pracy
		Godzina wypadku Miejsce wypadku Data sporządzenia protokołu		Zwolnienie lekarskie od – do Liczba dni niezdolności do pracy		Procent uszczerbku na zdrowiu Wysokość odszkodowania
					Opis wypadku	
					Przyczyny wypadku:	
					Wnioski i zalecenia profilaktyczne:	

Raport nr 39

Lista nr: (nr listy) data: (dd,mm,rrrr)		
(nr ewid. : nazwisko i imię)		
Komórka: (komórka organizacyjna)		
--- --- --- --- --- ---		
001	20* PL.ZASADN.	0.00
002	5* PREM.UZN.	0.00
003	PREM.DOD.	0.00
004	20* DOD.FUNKC.	0.00
005	15* WYSL.LAT	0.00
006	20* JĘZYK	0.00
007	DOD.SPEC.	0.00
101	10* NADG. 0%	0.00
102	7* DOPL.50%	0.00
103	9* DOPL.100%	0.00
104	15* POGOTOWIE	0.00
105	14* PREM.REM.	0.00
106	PILOTAŻ	0.00
107	NURKOWANIE	0.00
108	FUNKC.DOD.	0.00
199	14* PRZESTÓJ	0.00
200	1* URLOP OKOL.	0.00
201	10* DOPL.URL.	0.00
202	16* EKW.ZA URL.	0.00
301	10* WYN.CHOROB.	0.00
302	2* ZAS.CHOROB.	0.00
303	3* ZAS.OPIEK.	0.00
305	20* ZAS.MACIE.	0.00
	BRUTTO :	0.00
501	PRZEJAZDY	0.00
502	RYCZ.SAMOCH	0.00
511	EKW.ZA PR.	0.00
512	15* STRAWNE	0.00
513	15* WYŻYWIENIE	0.00
514	UMUNDUROW.	0.00
515	ZFŚS	0.00
516	BILETY DOPL.	0.00

601	EMER.9.76%	0.00
602	RENT.1.50%	0.00
603	CHOR.2.45%	0.00
604	ZDR.9%	0.00
605	18* POD.DOCH.	0.00
614	POD.ŚWIAD.	0.00
606	ZAL/ROZL.POD	0.00
607	PZU	0.00
608	ZW. ZAWODOWE	0.00
609	PKZP-POŻYCZ.	0.00
610	FUND.MIESZK.	0.00
611	SĄD/ADM.	0.00
612	ZAPOM-KURS	0.00
650	KONTO	0.00
	POTRĄCENIA :	0.00
701	PODST.EMER	0.00
702	PODST.CHOR	0.00
703	PODST.ZDR	0.00
704	WYPADK.1.62%*	0.00
705	SK.ZDR 7.75%	0.00
706	SK.ZDR 1.25%	0.00
708	REN.Z-D 6.5%	0.00
709	PRZYCHÓD	0.00
710	KOSZTY UZYS.	0.00
=====		
Do wypłaty:		0.00

*- wartość przykładowa

Rozliczenie poborów za (miesiąc/rok)

Grupa placowa

Wyszczególnienie	Przychody ogółem	Wynagrodzenie chorobowe	Zasiłki chorobowe	Zasiłek opiek, rehab, macierzyński	Podstawa emeryt.-rent	Podstawa chorobowa	Składka emerytalna	Składka rentowa	Składka chorobowa	Podstawa opodatkowania	Podstawa zdrowotna	Zaliczka na podatek
(numer listy i nazwa listy)												
(numer listy i nazwa listy)												
(numer listy i nazwa listy)												
(numer listy i nazwa listy)												
(numer listy i nazwa listy)												
(numer listy i nazwa listy)												
RAZEM WYNAGRODZENIE												
OS.FUNDUSZ PLAC :												
Strawne												
Wyżywienie												
Umundurowanie												
RAZEM ST+WY+UM												
Bilety dopłata												
PRZEJAZDY												
Ryczałt samochodowy												
ZFSS												
OGÓŁEM												
ZFŚS												
(nr listy)BFP OBCY												
(nr listy) BFP PRACOWNICY												
(nr listy) Korekta składek												

Podatek od zasiłków	Ekwiwalent za pranie	Zasiłek opiek, rehab, macierzyński	Składka rentowa pracodawcy	PZU	Związki zawodowe	Kasa zapomogowa	Osobiste	Kody list z opisem	Składka zdrowotna 9%	Składka zdrowotna 7,75%	Składka wypadkowa 1.62%	Fundusz pracy 2.45%	Rozliczenie podatku

Raport nr 40 (str. 2)

**Rozliczenie poborów za (miesiąc/rok)
Grupa placowa**

Wyszczególnienie	Składka Zdrowotna 9%	Składka Zdrowotna 7,75%	Składka Wypadkowa 1,62%	Fundusz Pracy 2,45%	Składka Rentowa 6,5% pracodawca	Składka Rentowa 1,5% Pracownicy
(numer listy i nazwa listy)						
(numer listy i nazwa listy)						
(numer listy i nazwa listy)						
(numer listy i nazwa listy)						
(numer listy i nazwa listy)						
RAZEM WYNAGRODZENIE						
Stawne						
Wyżywienie						
Umundurowanie						
Razem ST+WY+UM						
PRZEJAZDY						
(nr listy) BFP OBCY						
(nr listy) BFP PRACOWNICY						
OGÓŁEM						

Raport nr 41

Zatwierdzam.....

Plan finansowy na rok (rok) w części 21 - Gospodarka morska
w zakresie *Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa w Gdyni*

Dział	Rozdział	Paragraf	Nazwa działu/rozdziału/paragrafu	Kwota w zł
DOCHODY BUDŻETU PAŃSTWA				
600	60044			
	Razem rozdział 60044		Ratownictwo morskie	
Razem dział 600	Transport i łączność			
Ogółem				
WYDATKI Z BUDŻETU PAŃSTWA				
600	60044			
			Razem rozdział 60044		Ratownictwo morskie
Razem dział 600	Transport i łączność			
Ogółem				

Gdynia, dnia (data)

.....

Główny księgowy

Raport nr 42

Gdynia, dnia (data)

**Decyzja Nr.....(nr / rok)
w sprawie zmian w budżecie państwa na (rok) rok**

Na podstawie upoważnienia /Ministra Gospodarki Morskiej i Żeglugi Śródlądowej z dnia 20 grudnia 2016 roku Nr rejestru MGMIŻŚ/359-UM//*pole edytowalne*/ dokonuję następujących przeniesień w wydatkach Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa na (rok) rok:

WYDATKI

w złotych

Część	Dział	Rozdział	Paragraf	Zmniejszenie	Zwiększenie
Ogółem					

Słownie złotych: (kwota słownie) zł.

Powyższe przeniesienia wynikają z konieczności zapewnienia środków na:

—

Załącznik: 1 (dotyczy zmian w układzie klasyfikacji zadaniowej)

Decyzja nr (nr decyzji) Dyrektora SAR

Raport nr 43

Załącznik do decyzji nr (nr decyzji) z dnia (data decyzji)

Zmiany w planie finansowym w układzie klasyfikacji zadaniowej
w części 21 - Gospodarka morską

Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa
decyzja układu zadaniowego nr (nr decyzji)

w złotych

Numer działania	Działanie budżetu zadaniowego	Dział	Rozdział	Paragraf	Zmniejszenia	Zwiększenia
Razem						