

## WZÓR ŚWIADECTWA ZDROWIA

MEDICAL CERTIFICATE No. **1/2022**<sup>1</sup>ŚWIADECTWO ZDROWIA NR **1/2022**

This certificate is issued on behalf of the Maritime Authority of Republic of Poland to meet the requirements of STCW Convention, 1978, as amended and the Maritime Labour Convention, 2006\*)

Niniejsze świadectwo jest wydane w imieniu Administracji Morskiej Rzeczypospolitej Polskiej w celu spełnienia wymagań Konwencji STCW, 1978, z późn. zm. i Konwencji o pracy na morzu, 2006\*)

According to Guidelines on the medical examinations of seafarers ILO/IMO/JMS/2011/12 Zgodnie z wytycznymi w zakresie badań lekarskich marynarzy ILO/IMO/JMS/2011/12		
Last name: Nazwisko:	<b>Nowak</b>	First, middle name: Imię/imiona:
Date of birth (day/month/year): Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok):	<b>12/04/1999</b>	Gender: <input checked="" type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female Płeć: <i>mężczyzna</i> <i>kobieta</i>
Mailing address: Adres do korespondencji:	<b>ul. Piękna 12/14</b> <b>21-345 Miastowo Wielkie</b>	Nationality: Narodowość: <b>polaska</b>
	Passport / Seamen's Book No.: Paszport / Numer książeczki żeglarskiej:	<b>AA 1234567</b> <sup>3</sup>
<b>Examination for duty on department: / Badanie do świadczenia pracy w dziale:</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Deck / Pokładowy	<input type="checkbox"/> Radio / Radio	<input type="checkbox"/> Hotel / Hotel <sup>4</sup>
<input type="checkbox"/> Engine / Maszynowy	<input type="checkbox"/> Food handling / Catering	<input type="checkbox"/> Other / Inny

**Declaration of the recognized medical practitioner: / Oświadczenie uprawnionego lekarza:**

Confirmation that identification documents were checked at the point of examination: Potwierdzenie weryfikacji dokumentów identyfikacyjnych przed przystąpieniem do badania:		<input checked="" type="checkbox"/> Yes Tak	<input type="checkbox"/> No Nie
Height: Wzrost:	Weight: Waga:	Blood pressure: Ciśnienie krwi:	Pulse: Tętno:
<b>180 cm</b>	<b>75 kg</b>	<b>120/80</b>	<b>70</b>
Hearing meets the standards in STCW Code, section A-I/9: Słuch spełnia wymogi sekcji A-I/9 Konwencji STCW: <input checked="" type="checkbox"/> Yes / Tak <input type="checkbox"/> No / Nie	Unaided hearing satisfactory? / Czy słuch bez urządzeń pomocniczych jest na poziomie satysfakcjonującym? <input checked="" type="checkbox"/> Yes / Tak <input type="checkbox"/> No / Nie		
Is hearing aid necessary to meet the required hearing standard? Czy aparat słuchowy jest konieczny, aby spełnić wymogi dotyczące słuchu?		<input type="checkbox"/> Yes Tak	<input checked="" type="checkbox"/> No Nie
Visual acuity meets standards in STCW Code, section A-I/9 Czy ostrość widzenia spełnia wymogi sekcji A-I/9 Konwencji STCW? <input checked="" type="checkbox"/> Yes Tak <input type="checkbox"/> No Nie	Color vision meets standards in STCW Code, section A-I/9 Czy postrzeganie kolorów spełnia wymogi sekcji A-I/9 Konwencji STCW? <input checked="" type="checkbox"/> Yes Tak <input type="checkbox"/> No Nie	Date of last color vision test: Data ostatniego badania dotyczącego rozpoznawania kolorów: <b>20/06/2022</b> Testing required every six years. Badanie wymagane do sześciu lat. <sup>5</sup>	
Are glasses or contact lenses necessary to meet the requires vision standard? Czy okulary lub soczewki kontaktowe są konieczne, aby spełnić wymogi dotyczące wzroku?		<input type="checkbox"/> Yes Tak	<input checked="" type="checkbox"/> No Nie
Look-out duties / Czy może pełnić wachtę obserwacyjną?			
<input checked="" type="checkbox"/> Fit for look-out duty Zdolny do pełnienia wachty obserwacyjnej	<input type="checkbox"/> Not fit for look-out duty Niezdolny do pełnienia wachty obserwacyjnej	<input type="checkbox"/> Not apply Nie dotyczy	

<p>Any limitations or restrictions on fitness? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <b>6</b></p> <p>Czy istnieją jakiegokolwiek zastrzeżenia lub ograniczenia dotyczące sprawności? <i>Tak Nie</i></p> <p>If "yes", specify limitations or restrictions:</p> <p>W przypadku odpowiedzi twierdzącej opisać zastrzeżenia:</p>	<p>Is the seafarer taking prescribed medications during validity of the certificate? <b>6</b></p> <p>Czy badany w okresie trwania ważności świadectwa przyjmuje leki przepisane przez lekarza?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <b>6</b></p> <p><i>Tak Nie</i></p>
<p>Is the applicant free from any diseases likely to be aggravated by service at sea, or to render him unfit for service at sea or likely to endanger the health of other persons on board? <b>8</b></p> <p>Czy marynarz jest wolny od jakichkolwiek dolegliwości natury zdrowotnej, które mogłyby ulec zaostrzeniu podczas pełnienia służby na morzu lub doprowadzić członka załogi do niezdolności do wykonywania takiej służby, ani stanowić zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa innych osób na statku? <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <i>Tak</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Nie</i></p>	
<p><b>THIS IS TO CERTIFY THAT HE/SHE IS FOUND TO BE FIT / NOT FIT FOR DUTY AS A:</b> <u>Deck Cadet</u></p> <p>Potwierdzenie zdolności/niezdolności do pracy na stanowisku: <u>praktykant pokładowy</u></p> <p>Date of examination (day/month/year) / Data badania (dzień/miesiąc/rok): <u>20/06/2022</u></p> <p>Expiry date of certificate (day/month/year) / Data ważności świadectwa (dzień/miesiąc/rok): <u>20/06/2024</u> <b>7</b></p>	
<p>Signature and medical stamp of the authorized physician: <u>podpis i pieczęć uprawnionego lekarza (wg wykazu UM w Gdyni)</u> <b>8</b></p> <p>Podpis i pieczęć uprawnionego lekarza:</p> <p style="text-align: right;"><u>Jan Nowak</u> <b>9</b></p> <p style="text-align: right;">Seafarer's signature / Podpis marynarza</p>	

**Additional details of medical examination – to be completed by examining physician:**

(i.e. chronic diseases, drug addict test, prescribed medications, additional medical examination of the seafarer).

**Dodatkowe szczegóły dotyczące wywiadu lekarskiego – wypełnia lekarz:**

(np. chorób przewlekłych, testów na obecność narkotyków, przyjmowanych leków, dodatkowych badań, którym poddał się marynarz).

<p>Zdolny do pracy na wysokości powyżej 1 metra / Able to work at heights above 1 meter</p>	<p><b>10</b></p>
<p>Badanie na nosicielstwo Salmonelli - negatywne / Salmonella-Shigella Negative</p>	

- \*) Issuing a medical certificate to persons under 16 years of age does not entitle to employment on a seagoing ship or fishing vessel.
- \*) Wydanie świadectwa zdrowia osobom poniżej 16 roku życia nie uprawnia do zatrudnienia na statku morskim lub rybackim.

- 1 Morskie Świadectwo Zdrowia jest dokumentem rejestrowanym, musi posiadać swój numer
- 2 Jeśli posiadasz drugie imię, koniecznie musi być wpisane
- 3 Wpisać numer paszportu / książeczki żeglarskiej
- 4 Koniecznie zaznaczone musi być pole **Deck/Pokładowy**, pozostałe pola opcjonalne
- 5 Koniecznie musi być podana data badania rozpoznawania kolorów
- 6 Jeśli odpowiedź jest twierdząca, należy ją uszczegółowić w polu poniżej lub na drugiej stronie
- 7 Wpisać **cadet** lub **deck cadet (praktykant lub praktykant pokładowy)**. Koniecznie podać datę badania. Data ważności świadectwa nie może być dłuższa niż 2 lata od daty wystawienia
- 8 Pieczęć uprawnionego lekarza wg listy dostępnej na stronie internetowej Urzędu Morskiego w Gdyni oraz na stronie Wydziału Nawigacyjnego
- 9 Koniecznie podpisz świadectwo !!!
- 10 Miejsce na wpisy dodatkowe - wpisy jak wymieniono wyżej