

Załącznik Nr 1

ZK/AŚ w

Data

Rozmowa informacyjna

Zapoznano skazanego/tymczasowo aresztowanego*:
(Imię, nazwisko i imię ojca)

z:

- przysługującymi prawami i obowiązkami oraz ustalonym w zakładzie karnym/areszcie śledczym porządkiem wewnętrznym,
- możliwością wystąpienia w czasie pobytu w zakładzie karnym/areszcie śledczym zagrożeń dla bezpieczeństwa osobistego oraz sposobami ich unikania,
- możliwością zetknięcia się z przejawami negatywnych zachowań charakterystycznych dla środowiska przestępczego,
- możliwością zwracania się do przełożonych ze sprawami osobistymi i problemami związanymi z pobytem w zakładzie karnym/areszcie śledczym,
- możliwością zgłaszania próśb związanych z osadzeniem w celi,
- obowiązkiem informowania przełożonych o zagrożeniach dla jego bezpieczeństwa osobistego oraz bezpieczeństwa innych skazanych,
- następstwami stosowania przemocy w stosunku do współosadzonych,
- konsekwencjami wynikającymi z art. 139 § 1 Kodeksu postępowania karnego.

Poinformowano o odpowiedzialności karnej i odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie nietykalności cielesnej, czynną napaść lub znieważenie funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych – zgodnie z art. 79b § 4 Kodeksu karnego wykonawczego.

.....
Podpis, pieczęć lub stopień służbowy,
imię i nazwisko osoby przeprowadzającej
rozmowę

*niepotrzebne skreślić

ZK/AŚ w.....

Rozmowa wstępna

I. KARALNOŚĆ

1. Jednostki penitencjarne, w których przebywał:

jednostka	powód osadzenia	okres pobytu	przyczyna zwolnienia
-			
-			
-			
-			

2. Pobyty w jednostkach opiekuńczo – wychowawczych:

-
-
-
-

3. Pobyty w zakładach poprawczych:

-
-
-
-

II. SYTUACJA RODZINNA

1. Stan cywilny: kawaler/żonaty/wdowiec/rozwidziony(a)/panna/mężatka/wdowa/konkubinat*.

2. Osoby bliskie: imię, nazwisko, miejsce zamieszkania żony/męża/konkubiny/konkubenta/rodziny*.

.....

.....

.....

.....

.....

3. Liczba dzieci w wieku szkolnym/dorośle/samodzielne*.

4. Inne symptomy świadczące o dysfunkcjonalności: sprawca przemocy fizycznej/ sprawca przemocy psychicznej/ofiara przemocy fizycznej/ofiara przemocy psychicznej/ucieczki z domu/ucieczki z innego miejsca pobytu/brak wsparcia emocjonalnego ze strony rodziny*.

5. Rodzina pierwotna. Pochodzi z rodziny pełnej/niepełnej*.

6. Symptomy świadczące o dysfunkcjonalności rodziny pierwotnej:

- 1) nadużywanie alkoholu: nadużywanie alkoholu przez ojca, nadużywanie alkoholu przez matkę, nadużywanie alkoholu przez rodzeństwo*;
- 2) używanie narkotyków: nadużywanie narkotyków przez ojca, nadużywanie narkotyków przez matkę, nadużywanie narkotyków przez rodzeństwo*;
- 3) inne uzależnienia rodziców lub rodzeństwa: inne uzależnienia rodziców lub rodzeństwa*;
- 4) karalność: karalność ojca, karalność matki, karalność rodzeństwa - opis w komentarzu*

.....;

5) choroba psychiczna: choroba psychiczna ojca, choroba psychiczna matki*;

6) choroby przewlekłe: choroby przewlekłe w rodzinie pierwotnej - opis w komentarzu*

.....
.....;

7) dewiacje seksualne: dewiacje seksualne*;

8) stosowanie przemocy: stosowanie przemocy przez rodziców lub inne osoby, stosowanie przemocy psychicznej przez rodziców lub inne osoby, stosowanie przemocy fizycznej przez rodziców lub inne osoby*;

9) inne istotne informacje o rodzinie pierwotnej: inne istotne informacje o rodzinie pierwotnej – opis w komentarzu*

.....
.....

7. Rodzina założona. Pełna/niepełna*.

8. Symptomy świadczące o dysfunkcjonalności rodziny założonej:

1) nadużywanie alkoholu: nadużywanie alkoholu przez męża/nadużywanie alkoholu przez konkubenta/nadużywanie alkoholu przez żonę/nadużywanie alkoholu przez konkubinę/nadużywanie alkoholu przez dziecko*;

2) nadużywanie narkotyków: nadużywanie narkotyków przez męża/nadużywanie narkotyków przez konkubenta/nadużywanie narkotyków przez żonę/nadużywanie narkotyków przez konkubinę/nadużywanie narkotyków przez dziecko*;

3) inne uzależnienia: inne uzależnienia członków rodziny założonej - opis w komentarzu*

.....
.....;

4) karalność: karalność męża/karalność konkubenta/karalność żony/karalność konkubiny/karalność dziecka*;

5) choroba psychiczna: choroba psychiczna męża/choroba psychiczna konkubenta/choroba psychiczna żony/choroba psychiczna konkubiny/choroba psychiczna dziecka*;

6) choroby przewlekłe: choroby przewlekłe członków rodziny założonej - opis w komentarzu*

7) dewiacje seksualne: dewiacje seksualne*;

8) stosowanie przemocy: stosowanie przemocy*;

9) ubóstwo: ubóstwo rodziny założonej - opis w komentarzu*

10) inne istotne informacje o rodzinie założonej: inne - opis w komentarzu*

9. Atmosfera panująca w domu osadzonego – opis w komentarzu*

III. WYKSZTAŁCENIE OGÓLNE I ZAWODOWE

1. Wykształcenie:

1) typ szkoły: brak gimnazjum/inne/kwalifikacyjne kursy zawodowe/liceum ogólnokształcące/liceum profilowane/liceum uzupełniające/szkoła policealna/szkoła podstawowa/średnie/technikum uzupełniające/technikum/wyższe/nieustalone/zasadnicza szkoła zawodowa*;

2) poziom wykształcenia: gimnazjalne – (niepełne)/gimnazjalne/podstawowe (niepełne)/podstawowe/średnie (niepełne)/średnie/średnie zawodowe (niepełne)/średnie zawodowe/wyższe – magisterskie (niepełne)/wyższe – magisterskie/nieustalone/wyższe zawodowe – licencjat (niepełne)/wyższe zawodowe – licencjat/zawodowe (niepełne)/zawodowe*;

3) zawód wyuczony:.....;

4) liczba klas:.....;

5) liczba semestrów:.....;

6) szkoła specjalna: Tak/Nie*;

7) matura: Tak/Nie*;

8) udokumentowane: Tak/Nie*;

9) udokumentować do:.....;

10) udokumentowano dnia:.....;

11) nr świadectwa/ zaświadczenia:.....;

12) z dnia.....;

13) miejscowość wydania:.....;

14) komentarz:.....
.....;

15) potwierdzenie danych: Tak/Nie.*

Potwierdzam deklarowane przez osadzonego wykształcenie na podstawie przedłożonego dokumentu lub jego kopii – wybrana forma w komentarzu.

2. Zawód:

1) zawód wykonywany:.....;

2) udokumentowane: Tak/Nie*;

3) udokumentować do:.....;

4) udokumentowano dnia:.....;

5) nr świadectwa/zaświadczenia:.....;

6) z dnia:.....;

7) miejscowość wydania:.....;

8) komentarz:.....
.....;

9) potwierdzenie danych: Tak/Nie*.

Potwierdzam deklarowane przez osadzonego wykształcenie na podstawie przedłożonego dokumentu lub jego kopii – wybrana forma w komentarzu.

3. Trudność w nauce: w trakcie nauki powtarzanie klas/w trakcie nauki – wagi/miał(a) trudności w nauce przedmiotów - opis w komentarzu*

.....
.....

4. Wskazane uzupełnienie wykształcenia w zakresie:.....

.....

5. Wskazane przekwalifikowanie z uwagi na:.....

.....

IV.SYTUACJA ZDROWOTNA

Zdrowie fizyczne

1. Zgłoszone obrażenia ciała/jakie/.....
.....
.....
.....
.....

2. Jak ocenia aktualny stan zdrowia: przeciętny/dobry/zły – opis w komentarzu*

.....
.....

3a. Niepełnosprawność widoczna: narząd ruchu/kończyn górnych/funkcji słuchu/funkcji wzroku/funkcji mowy/inna widoczna niepełnosprawność – opis w komentarzu*

3b. Niepełnosprawność niewidoczna – opis w komentarzu
.....

Zdrowie psychiczne

1. Zgłoszone wcześniejsze leczenie:

a) przed przyjęciem leczony(a) neurologicznie – opis w komentarzu.....
.....,

b) przed przyjęciem leczony(a) psychiatrycznie – opis w komentarzu
.....,

2. Podejmowane uprzednio leczenie odwykowe – opis w komentarzu

3a. Wcześniejsze pobyty w oddziałach terapeutycznych w ZK/AŚ – opis w komentarzu.....
.....

3b. Wcześniejsze pobyty w oddziałach terapeutycznych poza ZK/AŚ:

a) przebywał(a) w oddziale dla uzależnionych od alkoholu – opis w komentarzu.....
.....,

b) przebywał(a) w oddziale dla uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych – opis w komentarzu.....
.....,

c) przebywał(a) w oddziale dla osadzonych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzonych umysłowo – opis w komentarzu.....
.....

4. Podejmowane próby samobójcze lub akty autoagresji.

4a. Podejmowane próby samobójcze lub akty autoagresji (przed przyjęciem) – opis w komentarzu.....
.....,

Samoagresja osadzonego – opis w komentarzu
.....

4b. Podejmowane próby samobójcze lub akty autoagresji (podczas poprzednich pobytów), które nie były odnotowane w systemie CBDOPW – opis w komentarzu.....
.....

5. Stosowane chemiczne środki uzależniające:

a) przed przyjęciem nadużywał(a) alkoholu – opis w komentarzu.....
.....,

b) przed przyjęciem nadużywał(a) środków odurzających – opis w komentarzu.....
.....,

c) przed przyjęciem używał(a) leków uspokajających lub nasennych – opis w komentarzu.....
.....

6. Przed osadzeniem

7. Występowanie objawów:

- a) występowanie objawów odstawienia – opis w komentarzu.....
.....
b) występowanie objawów „urwanych filmów” – opis w komentarzu.....
.....
c) występowanie objawów picia porannego – opis w komentarzu.....
.....

8. Ponoszenie konsekwencji związanych z używaniem środków:

- a) ponoszenie konsekwencji prawnych związanych z używaniem środków – opis w komentarzu.....
.....
b) ponoszenie konsekwencji zdrowotnych związanych z używaniem środków – opis w komentarzu.....
.....
c) ponoszenie konsekwencji rodzinnych związanych z używaniem środków – opis w komentarzu.....
.....
d) ponoszenie konsekwencji finansowych związanych z używaniem środków – opis w komentarzu.....
.....
e) ponoszenie konsekwencji społecznych związanych z używaniem środków – opis w komentarzu.....
.....
f) ponoszenie innych konsekwencji związanych z używaniem środków - opis w komentarzu.....
.....

9. Aktualne samopoczucie wg osadzonego: lęk/niepokój/przygnębienia/smutku/rozdrażnienia/gniew/
złość/inne – opis w komentarzu*

10. Zalecenia lekarza do osadzenia – opis w komentarzu.....
.....

V. USTALENIE POTRZEB READAPTACJI SPOŁECZNEJ

1. Sytuacja mieszkaniowa.

Posiada mieszkanie: posiada lokal własnościowy/dysponuje lokalem z zasobów gminy/dysponuje lokalem
spółdzielczym/dysponuje lokalem socjalnym/zamieszkuje u rodziny/zamieszkuje u innych osób/opis w
komentarzu*

Nie posiada mieszkanie: sytuacja mieszkaniowa – brak mieszkania/zamieszkuje u rodziny/zamieszkuje u innych
osób/opis w komentarzu*

Bezdomność:

- a) zagrożenie – jakie przyczyny – opis w komentarzu.....
.....
b) jakie przyczyny – opis w komentarzu*

Miejsce zamieszkania przed osadzeniem w ZK/AŚ:

Miejsce zamieszkania przed osadzeniem w ZK/AŚ – opis w komentarzu

.....

Adres zamieszkania przed osadzeniem – opis w komentarzu.....

.....

Przewidywane miejsce zamieszkania po opuszczeniu ZK/AŚ:

Przewidywane miejsce zamieszkania po opuszczeniu ZK/AŚ – opis w komentarzu.....

.....

Przewidywany adres po opuszczeniu ZK/AŚ – opis w komentarzu.....

.....

W związku ze zgłaszanymi problemami poinformowany – opis w komentarzu.....

.....

Osadzony posiada następującą odzież: posiada kompletną, własną odzież odpowiednią do pory roku/posiada kompletną, własną odzież nieodpowiednią do pory roku/posiada własną odzież niekompletną /nie posiada własnej odzieży/opis w komentarzu*.....

.....

.....

2. Sytuacja rodzinna.

Środki utrzymania rodziny: zatrudnienie/pomoc społeczna/renta/emerytura/opis w

komentarzu*

.....

.....

Wysokość miesięcznego zobowiązania alimentacyjnego – sądowy obowiązek alimentacyjny osadzonego wobec członka rodziny – opis w komentarzu*

.....

Inne zobowiązania finansowe – opis w komentarzu

.....

Ocena sytuacji materialnej rodziny wg osadzonego: dobra sytuacja materialna rodziny/przeciętna sytuacja materialna/zła sytuacja materialna rodziny/opis w komentarzu

.....

.....

.....

W związku ze zgłaszanymi problemami wskazano właściwe terytorialnie organy służące pomocą w przypadku zwolnienia dla gminy:

1) zatrudnienia/ubezpieczenia/szkolenia zawodowego* [PUP] w

.....;

2) pomocy społecznej/pracy socjalnej *[OPS] w

.....;

3) najbliższe schronisko/noclegownia* dla bezdomnych lub punkt pomocy charytatywnej [adres]

.....

.....;

VI. PROBLEMY ZWIĄZANE Z ROZMIESZCZENIEM OSADZONEGO

1.Osadzony zgłasza/nie zgłasza* problemy związane z rozmieszczeniem.

Komentarz.....
.....
.....

2. Problemy adaptacyjne.

Komentarz.....
.....
.....

3. Inne dane mające wpływ na sposób rozmieszczenia. Zgłasza inne problemy.

Komentarz.....
.....

VII. STOSUNEK DO PODKULTURY PRZESTĘPCZEJ

1. Forma: uczestniczący w podkulturze przestępczej/nieuczestniczący w podkulturze przestępczej/inna forma - opis w komentarzu*.
2. Rodzaj uczestnictwa: aktywny/chroniony/neutralny/osoba znacząca/przywódca podkultury/sprzyjający innym grupom/szeregowy uczestnik podkultury/wrogo nastawiony do innych grup/zagrożony/zawieszony uczestnik*.

Komentarz.....
.....

VIII. WSTĘPNE OKREŚLENIE PROBLEMÓW I POTRZEB

Komentarz.....
.....

IX. UZDOLNIENIA I ZAINTERESOWANIA OSADZONEGO

Komentarz.....
.....
.....
.....

X. DEKLAROWANY STOSUNEK DO POPEŁNIONEGO PRZESTĘPSTWA / ZARZUCANEGO CZYNU

1. Krytycznie odnosi się do popełnionego przestępstwa/zarzucanego czynu/bezkrytycznie odnosi się do po popełnionego przestępstwa/zarzucanego czynu/w stosunku do popełnionego przestępstwa/zarzucanego czynu*.

Komentarz.....
.....

2. Przestępstwo pod wpływem: alkoholu/środków odurzających/alkoholu i środków odurzających*.

Komentarz.....
.....
.....

XI. EWENTUALNE SKARGI I PROŚBY

1. Nie zgłasza skarg i prośb/zgłasza skargi i prośby*.

Komentarz.....

.....
.....

POUCZENIE

1. Zapoznałem osadzonego z porządkiem wewnętrznym obowiązującym w zakładzie karnym/areszcie śledczym*.
2. Przypomniałem o potrzebie zwracania się do przełożonych ze sprawami osobistymi, problemami oraz trudnościami powstałymi w związku z przebywaniem w zakładzie karnym/areszcie śledczym*.
3. Poinformowałem o możliwości wystąpienia zagrożeń dla bezpieczeństwa osobistego osadzonego lub innych osadzonych oraz zetknięcia się z przejawami negatywnych zachowań charakterystycznych dla środowisk przestępczych. Pouczyłem o konieczności bezzwłocznego powiadamiania przełożonych o tych zagrożeniach oraz o sposobach przekazywania tych informacji i unikania zagrożeń.
4. Zapoznałem ze sposobami kontaktowania się ze światem zewnętrznym, formami dostępnych zajęć kulturalno-oświatowych i sportowych, możliwością udziału w posługach religijnych.

Inne informacje nie ujęte w rozmowie wstępnej:.....
.....
.....

W związku z przeprowadzoną rozmową sporządzam następujące dokumenty:

- pismo do sądu rejonowego właściwego względem zamieszkania osadzonego celem sporządzenia wywiadu środowiskowego dla gminy: Tak/Nie*,
- w związku z przeprowadzoną rozmową kieruję na konsultację psychologiczną: Tak/Nie*.

* niepotrzebne skreślić

.....
Podpis, pieczęć lub stopień służbowy, imię i nazwisko osoby
przeprowadzającej rozmowę

Indywidualny program oddziaływania

I. Diagnoza.

1. Opis i wyjaśnienie przyczyn nieprzestrzegania norm prawnych lub niedostosowania społecznego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Opis funkcjonowania w kontaktach społecznych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Opis podstawowych problemów skazanego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II. Cel oddziaływań penitencjarnych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. Zakres oddziaływań penitencjarnych możliwych do realizacji w warunkach ZK:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Zadania do realizacji przez skazanego:

Zadanie oraz sposób jego realizacji	Termin realizacji	Kryterium świadczące o realizacji zadania

V. Opracował przy współpracy skazanego:

.....
Data

.....
Podpis, pieczęć lub stopień służbowy,
imię i nazwisko osoby sporządzającej indywidualny
program oddziaływania

UWAGI:.....
.....
.....
.....

VI. Termin najbliższej oceny wykonywania programu:

.....

Aktualizacja indywidualnego programu oddziaływania**Ad II. Cel oddziaływań penitencjarnych:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ad III. Zakres oddziaływań penitencjarnych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ad IV. Zadania do realizacji przez skazanego:

Zadanie oraz sposób jego realizacji	Termin realizacji	Kryterium świadczące o realizacji zadania

Ad V. Opracował przy współpracy skazanego:

.....

Data

.....

Podpis, pieczętka lub stopień służbowy, imię i nazwisko
osoby sporządzającej aktualizację indywidualnego programu oddziaływania

UWAGI:

.....

.....

.....

VI. Termin najbliższej oceny wykonywania programu:

.....

ZK/AŚ w.....

**Ocena końcowa przebiegu i efektów terapii
w oddziale terapeutycznym dla uzależnionych**
od
w ZK/AŚ w

Skazany(a) s./c. przebywał(a) w oddziale od:
..... do: i w tym okresie ukończył(a) program podstawowej psychoterapii
uzależnienia, w wymiarze godzin terapii, w formie programu standardowego/programu
skróconego/programu wydłużonego¹⁾

1. Ocena przebiegu terapii²⁾

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Ocena efektów terapii³⁾

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

¹⁾ Zaznaczyć właściwe.

²⁾ Scharakteryzować przebieg terapii, w tym: motywację skazanego do podjęcia terapii, jej ewentualne zmiany w trakcie terapii, aktywność i stopień osobistego zaangażowania w proces terapeutyczny.

³⁾ Podać zakres opanowanej wiedzy i rodzaj nabytych umiejętności. Ocenąć stopień realizacji celów określonych w indywidualnym programie terapeutycznym. Określić obszary ewentualnych trudności w realizacji indywidualnego programu terapeutycznego i podać ich przyczyny.

3. Wystandaryzowane wskaźniki dotyczące terapii skazanego⁴⁾

Autokrytycyzm skazanego:

- początkowo: brak/minimalny/umiarkowany/znaczący
- na koniec terapii: brak/minimalny/umiarkowany/znaczący

Przekonanie skazanego o konieczności zmiany zachowań związanych z uzależnieniem

- początkowo: brak/minimalne/umiarkowane/znaczące
- na koniec terapii: brak/minimalne/umiarkowane/znaczące

Stadia zmiany⁵⁾:

- początkowo: prekontemplacji/kontemplacji/przygotowania/działania/podtrzymania
- na koniec terapii: prekontemplacji/kontemplacji/przygotowania/działania/podtrzymania

Zaangażowanie w terapię: brak/minimalne/umiarkowane/znaczące

Dokonane przez skazanego zmiany w kierunku zdrowienia:

brak/minimalne/umiarkowane/znaczące

Stopień realizacji zadań z IPT: brak/minimalny/umiarkowany/znaczący

4. Propozycje oddziaływań niezbędnych dla podtrzymania efektów terapii oraz zalecenia do realizacji przez skazanego/skazaną, w trakcie wykonywania pozostałej części kary pozbawienia wolności:

a) zalecenia dla funkcjonariuszy/pracowników działu penitencjarnego:

1.

2.

b) zalecenia dla osadzonej/osadzonego:

1.

2.

Sporządził(a):

.....
Imię i nazwisko⁶⁾

Za zespół terapeutyczny:

.....
Podpis, pieczęć imienna
kierownika działu terapeutycznego

⁴⁾ Należy wybrać stosowną opcję, która jest właściwa w ocenie terapeuty prowadzącego.

⁵⁾ Według definicji Prochaska J.O., Norcross J.C., DiClemente C.C.

⁶⁾ Członka zespołu terapeutycznego wyznaczonego do prowadzenia terapii indywidualnej skazanego.



Nazwa jednostki

Adres

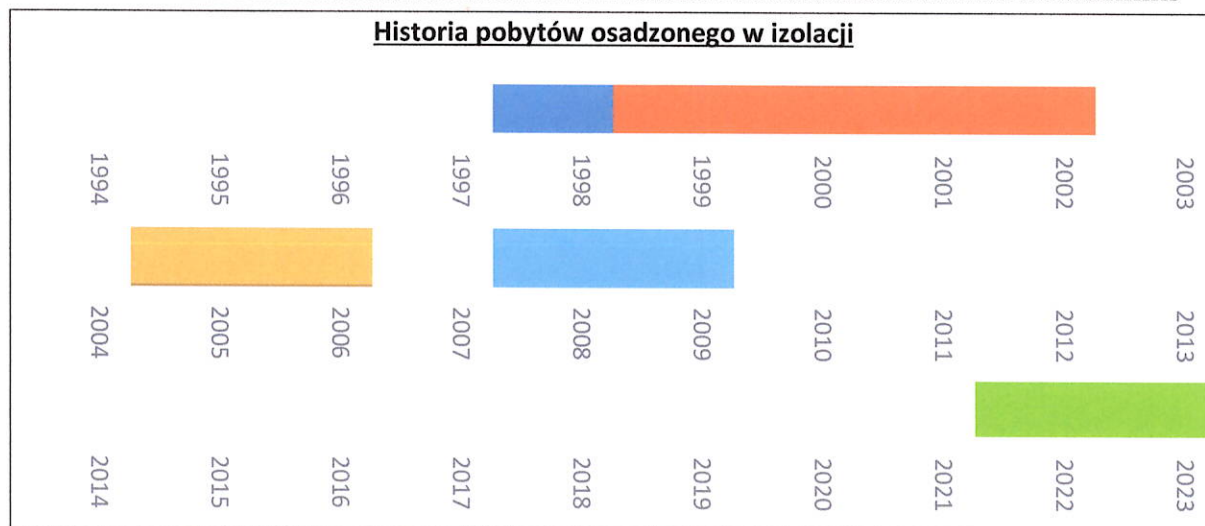
Tel., fax....., email:

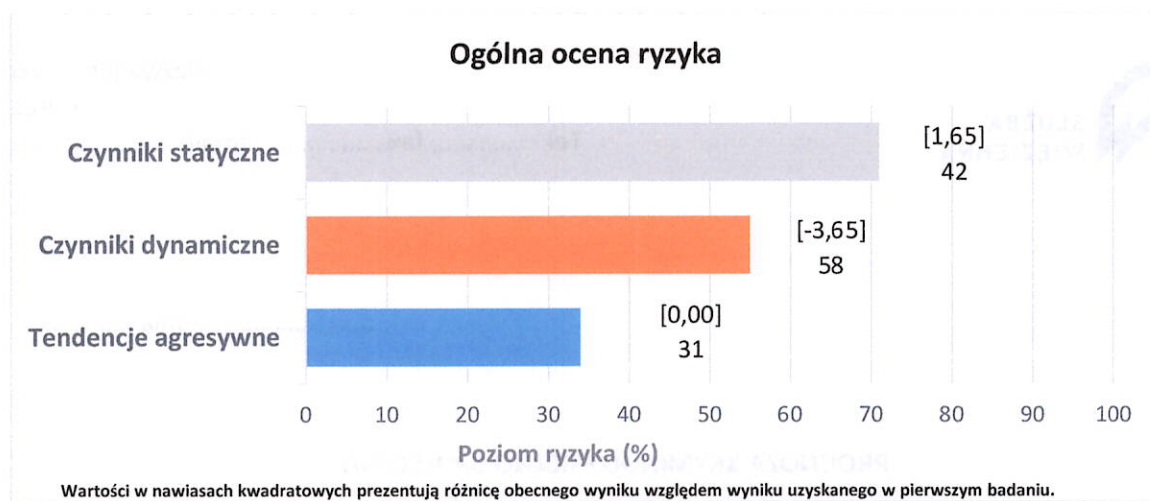
....., dnia

PROGNOZA KRYMINOLOGICZNO-SPOŁECZNA**Powód sporządzenia:****Imię i nazwisko skazanego (IDO: Numer IDO)**

Imię ojca: /data ur.

Jednostka: /klasyfikacja :

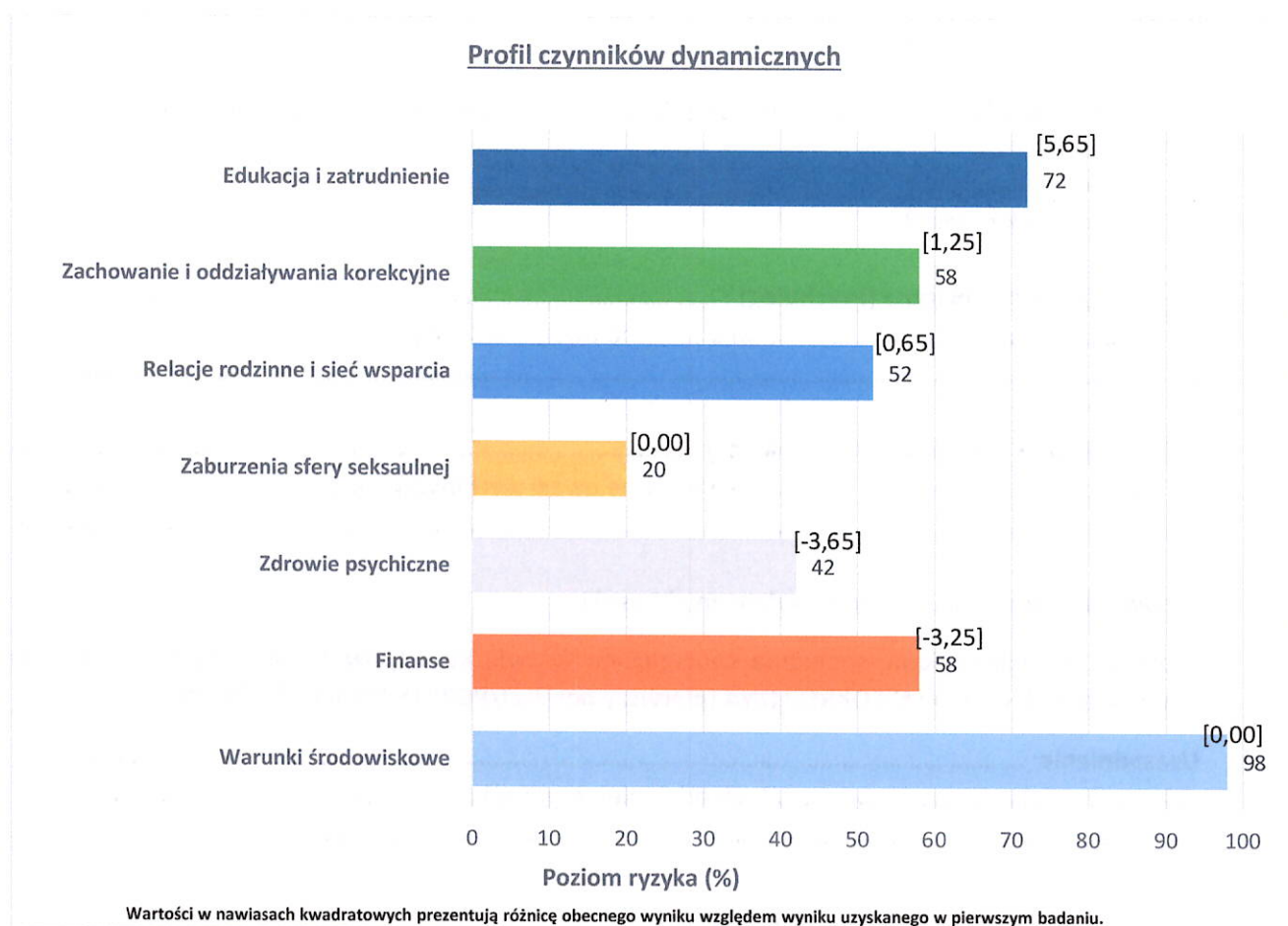
Artykuły :**Początek kary: Koniec kary:****Dotychczas zrealizował : % całości kary pozbawienia wolności****Termin nabycia uprawnień do ubiegania się o w.p.z. :****Historia pobytów osadzonego w izolacji****POGŁĘBIONY SYSTEM OCENY RYZYKA RECYDYWY (PSORR-PL)**



Czynniki statyczne – wskaźniki, których obecność zwiększa prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przestępstwa i których nie można zmienić. Przez występowanie statycznych czynników ryzyka rozumiemy pojawianie się określonych zdarzeń we wcześniejszym okresie życia sprawcy. Do tej grupy zaliczamy m.in. takie czynniki jak: wiek sprawcy, charakter przestępstwa, wielość popełnionych czynów przestępczych, niewłaściwą socjalizację kulturową itp.

Czynniki dynamiczne – to wskaźniki, których wystąpienie zwiększa prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przestępstwa i których obecność może ulec zmianie poprzez oddziaływania psychokorekcyjne i readaptacyjne. Do tej grupy zaliczamy m.in. takie czynniki jak: uzależnienie, brak wsparcia osób bliskich, brak nawyku pracy, negatywne wzorce zachowania itp.

Tendencje agresywne – to wskaźnik, który opisuje pewną podwyższoną, względnie utrwaloną gotowość do reagowania agresją w sposób nieadekwatny do okoliczności. Bierze pod uwagę potencjał agresywny związany z charakterem wszystkich popełnionych przestępstw, jak również wszelkie odnotowane podczas odbywania kary pozbawienia wolności zachowania osadzonego nacechowane agresją.



Zestawienie istotnych dla oceny ryzyka informacji, dotyczących czynników dynamicznych:

1. **Warunki środowiskowe** (*sytuacja mieszkaniowa, kryminogenność otoczenia, identyfikacja ze środowiskiem przestępczym*):
 - czynnik ryzyka 1
 - czynnik ryzyka 2
2. **Finanse** (*zasoby finansowe, zadłużenia*):
 - czynnik ryzyka 1
3. **Zdrowie psychiczne** (*uzależnienia, zaburzenie psychiczne, historia ich leczenia*):
 - czynnik ryzyka 1
 - czynnik ryzyka 2
4. **Zaburzenia sfery seksualnej** (*ryzyko wynikające z zaburzeń preferencji seksualnych*):
 - czynnik ryzyka 1
5. **Relacje rodzinne i sieć wsparcia** (*osoby bliskie, sieć wsparcia i jej dysfunkcjonalności*):
 - czynnik ryzyka 1
 - czynnik ryzyka 2
6. **Zachowanie i oddziaływania korekcyjne** (*oddziaływania readaptacyjne, zachowanie, stosunek do popełnionych przestępstw*):
 - czynnik ryzyka 1

- czynnik ryzyka 2

7. Edukacja i zatrudnienie (wykształcenie, kwalifikacje zawodowe, praca przed i w trakcie osadzenia):

- czynnik ryzyka 1

- czynnik ryzyka 2

Informacje psychologiczne (Psycholog) :

.....(fakultatywne uwagi psychologa).....

.....

Informacje penitencjarne (Wychowawca) :

.....(fakultatywne uwagi wychowawcy).....

.....

Stopień demoralizacji: Niski/Umiarkowany/Wysoki

Prognoza kryminologiczno-społeczna sporządzona w związku z (powód sporządzenia prognozy)
określona została jako : NIEOKREŚLONA (pierwszy pomiar)/POZYTYWNA/NEGATYWNA

Uzasadnienie:

.....(uzasadnienie prognozy).....

.....

Ocenę ryzyka przeprowadzono w okresie:-.....

Badanie zostało przeprowadzone w oparciu o zgromadzone dane osobopoznawcze, dane zawarte w Centralnej Bazie Danych Osób Pozbawionych Wolności oraz informacje pozyskane z obserwacji i wywiadu ze skazanym(a).



Nazwa jednostki

Adres

Tel., fax., email:

Nazwa jednostki

Adres ulica

Adres miasto

Miejscowość, dnia

ZEZWOLENIE NA UCZESTNICZENIE W GRUPOWYCH ZAJĘCIACH**KULTURALNO-OŚWIATOWYCH LUB SPORTOWYCH**

Lp.	Nazwisko	Imię/Imiona	Imię ojca	Data urodz.	Grupa i podgrupa	St. Pr.	Nr paw.	Nr oddz.	Nr celi	Uwagi ochronne/inne
1										

Na podstawie art. 91 pkt..... /art. 92 pkt..... KKW zezwalam na uczestniczenie w organizowanych przez administrację poza terenem zakładu karnego grupowych zajęciach:

W dniu: od godziny do godziny:

.....
Podpis i pieczęć dyrektora



Nazwa jednostki

Adres

Tel., fax., email:

Nazwa jednostki

Adres ulica

Adres miasto

Miejscowość, dnia.....

WNIOSEK O PRYZNANIE NAGRODY/ULGI

Nazwisko	Imię	Imię ojca
Identyfikator	Status prawny	Grupa i podgrupa klasyfikacyjna

Rodzaj nagrody/ulgi:

Uzasadnienie:

Dnia r.

.....
Imię i nazwisko

Propozycja wychowawcy:

Dnia r.

.....
Imię i nazwisko

Decyzja dyrektora lub osoby upoważnionej

Skazanego pouczone o możliwości zaskarżenia decyzji w trybie art. 7 Kodeksu karnego wykonawczego

Dnia r.

.....
Podpis i pieczęć dyrektora lub osoby upoważnionej

Adnotacje

Dnia r.

.....
Imię i nazwisko



Nazwa jednostki

Adres

Tel., fax., email:

Nazwa jednostki

Adres ulica

Adres miasto

Miejscowość, dnia.....

WNIOSEK O WYMIERZENIE KARY DYSCYPLINARNEJ

Nazwisko	Imię	Imię ojca
Identyfikator	Status prawny	Grupa i podgrupa klasyfikacyjna

Wnoszę o ukaranie w/w osadzonego, który w dniu popełnił następujące przekroczenie:

Dniar.

.....

Imię i nazwisko

Wyjaśnienia i stanowisko wychowawcy/psychologa/komisji penitencjarnej:

Dniar.

.....

Imię i nazwisko

Obwiniony wyjaśnił:

Decyzja dyrektora

Skazanego pouczone o możliwości zaskarżenia decyzji w trybie art. 7 Kodeksu karnego wykonawczego

Dniar.

.....

Podpis i pieczęć dyrektora

Uwagi lekarza/psychologa

Dniar.

.....

Imię i nazwisko

Adnotacje

Dniar.

.....

Imię i nazwisko



Nazwa jednostki

Adres

Tel., fax., email:

Nazwa jednostki

Adres ulica

Adres miasto

Miejscowość, dnia

WNIOSEK O UDZIELENIE PRZEPUSTKI W TRYBIE ART. 91 PKT 7/92 PKT 9 KKW

Nazwisko	Imię	Imię ojca
Identyfikator	Nr paw./Nr oddz./Nr celi	Grupa i podgrupa klasyfikacyjna

Wnoszę o udzielenie skazanemu zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego na czas 1.

Uzasadnienie:

Osoba wnioskująca

Podpis i pieczęć

Propozycje wychowawcy:

Dnia r.

Wychowawca

Podpis wychowawcy

Decyzja dyrektora:

Skazanego pouczone o możliwości zaskarżenia decyzji w trybie art. 7 Kodeksu karnego wykonawczego.

Dnia r.

.....
Podpis i pieczęć dyrektora

Adnotacje o wykorzystaniu przepustki

Dnia

.....
Podpis i pieczęć

ZK/AŚ w

Wniosek skazanego
o udzielenie zezwolenia w trybie art. 104a §1 Kkw

.....
(imię, nazwisko, imię ojca, grupa i podgrupa klasyfikacyjna)

Zwracam się z prośbą o udzielenie zezwolenia w trybie art. 104a § 1 Kkw.

Uzasadnienie:
.....
.....
.....
.....

.....
Czytelny podpis skazanego

II STRONA

Opinia wychowawcy:

.....
.....
.....
.....

Dnia,r.

.....
Podpis, pieczętka lub stopień służbowy,
imię i nazwisko wychowawcy

Opinia kierownika Działu Ochrony:

.....
.....
.....
.....

Dnia,r.

.....
Podpis, pieczętka lub stopień służbowy,
imię i nazwisko Kierownika DO

Decyzja dyrektora lub innej osoby upoważnionej przez dyrektora:

.....
.....
.....

Dnia,r.

.....
Podpis, pieczętka dyrektora lub osoby upoważnionej

ZK/AŚ w

Wniosek skazanego
o udzielenie zezwolenia w trybie art. 131 § 1 lub 2 Kkw

.....
(imię, nazwisko, imię ojca, grupa i podgrupa klasyfikacyjna)

Zwracam się z prośbą o udzielenie zezwolenia w trybie art. 131 § 1/2* Kkw na czas

w okresie

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....
.....

Do wniosku załączono:

1.
2.
3.
4.

.....
Czytelny podpis skazanego

* niepotrzebne skreślić

II STRONA

Opinia wychowawcy:

.....
.....
.....
.....

Dnia,r.

.....
Podpis, pieczęć lub stopień służbowy,
imię i nazwisko wychowawcy

Decyzja dyrektora lub innej osoby upoważnionej przez dyrektora:

.....
.....
.....

Dnia,r.

.....
Podpis, pieczęć dyrektora lub osoby upoważnionej

Skazanego pouczone o prawie zaskarżenia decyzji dyrektora lub osoby upoważnionej do Sądu Okręgowego
Wydział Penitencjarny

(Podać dokładną nazwę oraz adres sądu okręgowego)

Dnia,r.

.....
Podpis, pieczęć lub stopień służbowy,
imię i nazwisko osoby pouczającej
skazanego



Nazwa jednostki

Adres

Tel., fax., email:

Nazwa jednostki

Adres ulica

Adres miasto

Miejscowość, dnia

Wniosek skazanego o udzielenie zezwolenia w trybie art. 141a § 1 KKW

Nazwisko	Imię	Imię ojca
Identyfikator	POC	Grupa i podgrupa klasyfikacyjna

Zwracam się z prośbą o udzielenie zezwolenia w trybie art. 141a § 1 KKW na czas

Uzasadnienie

Do wniosku załączono:

1.....

2.....

3.....

4.....

.....

Czytelny podpis skazanego

Opinia wychowawcy

Dnia r.

.....

Podpis i pieczęć lub stopień służbowy
Imię i nazwisko wychowawcy



Nazwa jednostki

Adres

Tel., fax., email:

Decyzja dyrektora lub innej osoby upoważnionej przez dyrektora*:

* W przypadku udzielenia zezwolenia pod konwojem funkcjonariusza Służby Więziennej w treści decyzji należy określić rodzaj:

- 1) planowanych do użycia prewencyjnie środków przymusu bezpośredniego;
- 2) odzieży, w jakiej ma być konwojowany skazany.

Dnia r.

.....
Podpis i pieczęć dyrektora lub osoby upoważnionej

Skazanego pouczone o możliwości zaskarżenia decyzji w trybie art. 7 Kodeksu karnego wykonawczego oraz poinformowano o warunkach realizacji konwoju.

Dnia r.

.....
Podpis, pieczęć lub stopień służbowy, imię i nazwisko
osoby pouczającej skazanego



Nazwa jednostki

Adres

Tel., fax., email:

Nazwa jednostki

Adres ulica

Adres miasto

Miejscowość, dnia

WNIOSEK O ZEZWOLENIE SKAZANEMU NA OPUSZCZENIE ZAKŁADU

KARNEGO W TRYBIE ART. 165 § 2 KKW

Nazwisko	Imię	Imię ojca
Identyfikator	POC	Grupa i podgrupa klasyfikacyjna

Wnoszę o udzielenie skazanemu zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego na czas 1.

Cel:

--

Osoba wnioskująca

Podpis i pieczęć

Opinia wychowawcy:

Dniar.

Wychowawca

Podpis wychowawcy

Decyzja dyrektora:

Rodzaj decyzji	Uzasadnienie
----------------	--------------

Dniar.

.....
Podpis i pieczęć dyrektora



Nazwa jednostki

Adres

Tel., fax....., email:

Nazwa jednostki

....., dnia

Ulica

Adres

Dane adresata:

Dotyczy sprawy – sygnatura akt:

Nr IDO:

**Opinia o skazanym
w sprawie prowadzonego postępowania sprawa – sygnatura akt jak wyżej**

Nazwisko	Imię pierwsze	Imię drugie
Nazwisko rodowe	Imię ojca	Imię matki
Nazwisko rodowe matki	Data urodzenia	Miejsce urodzenia
Obywatelstwo	Status prawny	Grupa i podgrupa klasyfikacyjna
PESEL	Rodzaj dokumentu tożsamości	Seria i numer dokumentu tożsamości

Miejsce zameldowania na pobyt stały:	Miejscowość: Warszawa		
Kod:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Miejsce zamieszkania:	Miejscowość: Warszawa		
Kod:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:

Środki finansowe osadzonego

Stan konta: zł	Stan konta słownie: zł
-------------------	---------------------------

Wykaz wykonywanych kar i środków przymusu:

Lp.	Nazwa sądu, sygnatura akt, data wydania orzeczenia, kwalifikacja prawna czynu	Wymiar kary/środka Lat/Mies/Tyg/Dni	Data początku kary	Data końca kary	Okresy zaliczone na poczet kary	Suma dni skrótów	Wyrok łączny

Uprawnienia do ubiegania się o warunkowe przedterminowe zwolnienie:

Po odbyciu	części kary/lat pozbawienia wolności, nabywa uprawnień do warunkowego
Odwołanie warunkowego przedterminowego zwolnienia	
zwolnienia z odbycia reszty kary w dniu:	

Ograniczenie do warunkowego przedterminowego zwolnienia

Treść opinii

--

.....
Podpis i pieczęć dyrektora



Nazwa jednostki

Adres

Tel., fax., email:

Nazwa jednostki

Adres ulica

Adres miasto

Miejscowość, dnia

Dyrektor AŚ/ZK**Adres ulica****Adres kod pocztowy miasto****WNIOSEK****o wydanie postanowienia na podstawie art. 117 KKW**

IDO

Nazwisko	Imię	Imię ojca
Data urodzenia	Status prawny	Grupa i podgrupa klasyfikacyjna

Organ orzekający	Orzeczono dnia	Rodzaj kary	Stan wykonania	L	M	T	D	Początek kary	Koniec kary

W związku z brakiem zgody skazanego wnoszę na podstawie art. 117 KKW o wydanie postanowienia w przedmiocie zastosowania wobec skazanego leczenia/rehabilitacji.

Uzasadnienie:

--

Proszę o nadesłanie odpisu orzeczenia Sądu w tej sprawie.

Wykonano w 2 egz.

1. Adresat

.....
podpis i pieczęć dyrektora

Nazwa jednostki
Adres ulica
Adres miasto

Miejscowość, dnia Data

Rejestr zgłoszonych do oddziału terapeutycznego dla osób uzależnionych

Kryteria

Wyszukano w	Jednostka penitencjarna	
Wyszukiwanie w pobytach	Pobyty	
Typ oddziału terapeutycznego	Typ oddziału	
Oddział	Oddział	
Status zgłoszenia	Status	
Data skierowania	Data	
Data terminu przyjęcia	Data	
Data przyjęcia	Data	

Lp.	IDO	Nazwisko i imię osadzonego, imię ojca	Data urodzenia	Gr. i podgr. klasyf.	Koniec kary	WPZ	Jednostka kier.	Data zgłoszenia	Termin przyjęcia
Podstawa zgłoszenia									
Uwagi									

1.	IDO	Imię Nazwisko, s. Imię ojca	Data urodzenia	Gr. i podgr. klasyf.	Koniec kary	Termin WPZ	Jednostka kier.	Data zgłoszenia	Termin przyjęcia
Podstawa zgłoszenia									
Uwagi									



Nazwa jednostki

Adres

Tel., fax., email:

Nazwa jednostki

Adres ulica

Adres miasto

Miejscowość, dnia

Adresat

WNIOSEK**o wydanie postanowienia na podstawie art. 119 § 1 KKW**

IDO

Nazwisko	Imię	Imię ojca
Data urodzenia	Status prawny	Grupa i podgrupa klasyfikacyjna

Organ orzekający	Orzeczono dnia	Rodzaj kary	Stan wykonania	L	M	T	D	Początek kary	Koniec kary

Tymczasowo aresztowany	Od	Do
Pozostaje do dyspozycji:		
Sygnatura akt:		

Okoliczności i motywy samouszkodzenia:
Przyczyna dokonania samoagresji:
Sposób dokonania samoagresji:
Załamanie psychiczne:
Leczenie szpitalne:
Zdarzenie nadzwyczajne:
Komentarz:

Na podstawie art. 119 § 1 KKW wnoszę o wydanie postanowienia w przedmiocie obciążenie kosztami leczenia związanymi z dokonaniem samouszkodzeniem w wysokości: zł

Słownie zł

Proszę o nadesłanie odpisu postanowienia Sądu w tej sprawie

.....
Podpis i pieczęć dyrektora

Wyk. w 3 egz.

1. Adresat
2. Dział finansowy
3. Akta osobopoznawcze

Załącznik nr 19

Rejestr indywidualnych kontaktów terapeutycznych

Nazwisko, imię, imię ojca osadzonego: Data rozpoczęcia terapii:

L.p.	Data kontaktu indywidualnego	Temat / przedmiot rozmowy	Uwagi o przebiegu terapii	Podpis terapeuty
1		2	3	4

Załącznik nr 20

Rejestr skazanych uczestniczących w terapii zajęciowej

L.p.	Imię i nazwisko skazanego, imię ojca	Grupa i podgrupa klasyfikacyjna	Data włączenia do terapii	Data zakończenia terapii	Podpis instruktora/inspektora terapii zajęciowej	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7

Załącznik nr 21

Rejestr wytworów gotowych terapii zajęciowej

L.p.	Data wytworzenia	Rodzaj wytworu	Ilość sztuk	Przeznaczenie ¹⁾	Data przekazania beneficjentowi	Podpis instruktora/inspektora terapii zajęciowej	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8

Załącznik nr 22

Księga inwentarzowa zakupu materiałów do terapii zajęciowej

L.p.	Data zakupu	Rodzaj zakupionego materiału	Ilość	Wartość	Podpis instruktora/inspektora terapii zajęciowej	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7

¹⁾ Podać nazwę instytucji, osoby lub organizacji, której przekazano wytwór terapii

Pieczęć zakładu karnego

Miejscowość i Data

Sprawozdanie ze zrealizowanego programu

Rodzaj programu

Pełna nazwa programu.....

Charakterystyka grupy skazanych, do których program był skierowany

Okres realizacji programu: od do

Osiągnięte efekty i ocena aktywności skazanych¹⁾:

Koszty udziału w programie oraz źródła jego finansowania²⁾:

.....
Podpis, pieczęć lub stopień służbowy,
imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację
programu

Decyzja dyrektora jednostki penitencjarnej po zapoznaniu się z przedstawionym sprawozdaniem z realizacji programu wraz ze wszystkimi materiałami³⁾ :

.....
Data

.....
Podpis, pieczęć dyrektora lub osoby upoważnionej

¹⁾ Należy wpisać czy efekty udziału skazanych w programie są zgodne z celami realizowanego programu, na ile mogą być one trwałe, jaka była postawa skazanych podczas udziału w programie. Ocenic wartość programu i wskazać czy program taki powinien być realizowany w przyszłości, co należałoby dodać lub z czego zrezygnować w kolejnych edycjach programu.

- 2) Należy zliczyć koszty ogólne wynikające z przeprowadzonego programu i wskazać z jakich źródeł były pokrywane, podzielić przez liczbę uczestników. Kwotę przypadającą na każdego uczestnika programu odnotować w aktach osobowych cz. B skazanego. Będzie to podstawą zawarcia informacji w świadectwie zwolnienia skazanego z zakładu karnego.
- 3) Dyrektor jednostki penitencjarnej podejmuje decyzję co do akceptacji realizacji programu, ocenia jego wartość oraz podejmuje decyzję co do ewentualnych reedycji programu.

ZK/AŚ w

ROZMOWA KOŃCOWA/INFORMACJA O ZWOLNIENIU*

I. Zwalniany w dniu:w związku z:

W chwili zwolnienia z jednostki posiada:

własne środki pieniężne w wys.zł, słownie:.....
.....Kwota do wypłacenia za okres zatrudnienia w ZK/AŚ w wys.zł, słownie.....
.....Udzielono pomocy finansowej w wys. zł, słownie:.....
.....Udzielono pomocy rzeczowej w postaci:
.....
.....
.....Adres, pod który się udaje:
.....
.....Wymaga/nie wymaga* po zwolnieniu objęcia inną pomocą w zakresie:
.....
.....

w przypadku bezdomności:

Zgłasza/nie zgłasza prośby i skargi:
.....**II. Wskazano organy właściwe do uzyskania pomocy w zakresie****.....
....., zatrudnienia/ubezpieczenia/szkolenia zawodowego/PUP- (adres)
.....

pomocy społecznej/opieki socjalnej/MOPS*** – (adres)

najbliższe schronisko/noclegownia dla bezdomnych lub punkt pomocy charytatywnej (adres)
..........
Podpis, pieczęć lub stopień służbowy, imię, nazwisko
osoby przeprowadzającej rozmowę

* niepotrzebne skreślić.

** Część II nie wypełnia się w przypadku zwolnionego tymczasowo aresztowanego, który nie stawiał się do jednostki w celu rozliczenia w dniu zwolnienia.

*** Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

Załącznik nr 25

Plan zajęć kulturalno-oświatowych i sportowych

Data	Godzina		Rodzaj zajęć	Miejsce realizacji zajęć	Uczestnicy zajęć		Osoba prowadząca	Uwagi (zajęcia dodatkowe dla tymczasowo aresztowanych/młodocianych)
	Od	Do			Skazani/ tymczasowo aresztowani	Oddział mieszkalny		

Załącznik nr 26

Grafik zajęć organizowanych w świetlicach, halach sportowych, na boiskach oraz innych pomieszczeniach

Data	Godzina		Rodzaj zajęć	Osoba prowadząca	Uczestnicy zajęć (oddział/cela mieszkalna)
	Od	Do			

[illegible]

[illegible]

R-2 Rejestr zatrudnienia osadzonego.

<u>REJESTR FINANSOWY OSADZONEGO ZATRUDNIONEGO</u>							
.....							
(IDO)		(Nazwisko)	(Imię)	(Imię ojca)		(Data urodzenia)	
L.p.	Rok	Miesiąc	Kwota brutto	Liczba przeprac. dni	Ilość godzin	Liczba godzin nadliczb.	Imię i nazwisko osoby wpisującej
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							
29							
30							
31							

WNIOSEK

o zatrudnienie w
(Nazwa jednostki)

IDO Nazwisko i imię

s/c. ur. r. podgr. klas.

Wnoszę o zatrudnienie na stanowisku

Uzasadnienie -

.....

.....

....., dniar.

(Miejscowość, data)

.....

(Imię i nazwisko wnioskującego)

Informacje Działu Ewidencji:

Ostateczny koniec kary, art.

.....

Istotne informacje dotyczące konieczności izolowania, czynności procesowych itp.:

.....

.....

.....

.....

.....

(data)

.....

(Imię i nazwisko opiniującego)

Stanowisko Działu Penitencjarnego:

Wykształcenie, zawód

Potwierdzone zobowiązania -

Prośbę popieram/nie popieram*

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(data)

.....

(Imię i nazwisko opiniującego)

W przypadku złożenia prośby o zatrudnienie przez osadzonego dołącza się ją do wniosku.

<u>Stanowisko Działu Ochrony:</u> (data) (Imię i nazwisko opiniującego)	
<u>Stanowisko funkcjonariusza/pracownika ds. zatrudnienia osadzonych:</u> Zawód udokumentowany (TAK/NIE) - (data) (Imię i nazwisko opiniującego)	
Decyzja Dyrektora	
Kieruję do zatrudnienia w (Nazwisko, imię osadzonego) W (Nazwa ZK/AŚ, przywieźniennego zakładu pracy, kontrahenta zewnętrznego) (Miejscowość) 1. Stanowisko 2. Wymiar czasu pracy 3. Forma i rodzaj zatrudnienia 4. Procent wynagrodzenia zasadniczego 5. System konwojowania/dozorowania (data decyzji) (Imię i nazwisko dyrektora) (data rozpoczęcia zatrudnienia) 	
Decyzja Dyrektora	
Wniosek/prośbę o zatrudnienie* (Nazwisko, imię osadzonego) rozpatrzyłem odmownie. Powód odmowy : (data) (Imię i nazwisko dyrektora)	

*) niepotrzebne skreślić

.....
Pieczętka nagłóvkowa zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że

Imię i nazwisko

s./c. ur. zatrudniony w

.....

.....

na stanowisku

w okresie od do

zatrudniony był w warunkach szczególnych/szczególnym charakterze i spełnił warunki uzasadniające prawo do świadczeń w wysokości i na zasadach określonych w Rozporządzeniu Rady w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze z dnia 07 lutego 1983r. (Dz. U. 1983 Nr 8, poz 43 z późn. zm.).

.....

Miejscowość, data

.....

Pieczętka i podpis osoby upoważnionej

KARTA PRACY OSADZONEGO

miesiąc – rok

pieczęćka jednostki

Nazwisko

Imię

Imię ojca

Stanowisko pracy

Podgrupa klasyfikacyjna

Etat

Stawka godzinowa

IDO

	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	29	30	31	Razem	Wynagrodzenie
godz. normalne																																	
z dodatk. 50%																																	
z dodatk. 100%																																	
godz. łącznie																																	
w tym:																																	
nocne (20%)																																	
szkodliwe (10%)																																	
szkodliwe (15%)																																	
szkodliwe (20%)																																	
podpis osadzonego																																	
																															Razem		

Uwaga! Nie poprawiać zapisów w karcie pracy.

Sporządził

Pieczętka i podpis kierownika działu

Podpis osadzonego

Karta pracy osadzonego zatrudnionego odpłatnie str.2**Uwaga!**

W poniższej tabeli należy odnotowywać:

1. Informacje dotyczące pracy w godzinach nadliczbowych oraz powody wykonywania pracy ponad obowiązujące pracownika normy czasu pracy, a także ponad przedłużony dobowy wymiar czasu pracy.
2. Informacje dotyczące udzielanego czasu wolnego w zamian za pracę w godzinach nadliczbowych.

Data	Powód	Nadzorujący

.....
Pieczętka i podpis kierownika działu

ZAŚWIADCZENIE O WYKONYWANIU PRACY

Stwierdza się, że
(Imię i nazwisko)

s./c.* urodzony(a) w

podczas odbywania kary pozbawienia wolności, tymczasowego aresztowania* był(a) zatrudniony(a) w okresie:

Lp.	Okres pracy (pierwszy i ostatni dzień zatrudnienia):				Wymiar czasu pracy	Jednostka penitencjarna
	Od dnia - roku (dd.mm.rrrr)	Do dnia - roku (dd.mm.rrrr)	Forma i rodzaj zatrudnienia			
			Forma	Rodzaj		
1	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Ostatnio pracował(a) w:
(pełna nazwa pracodawcy oraz siedziby)

na stanowisku:

Informacja o wysokości uzyskiwanego wynagrodzenia stanowi załącznik do zaświadczenia.

Pieczęć okrągła

* - niepotrzebne skreślić

.....
Pieczęć i podpis dyrektora ZK/AŚ

R - 7 : Zaświadczenie o wykonaniu pracy
Duplikatu zaświadczenia nie wystawia się.

Przebieg zatrudnienia nieodpłatnego

[illegible]

Wykorzystane zwolnienia od pracy bez prawa do wynagrodzenia

[illegible]

KARTA PRACY OSADZONEGO ZATRUDNIONEGO NIEODPŁATNIE

miesiąc – rok

pieczęćka jednostki

Nazwisko

Imię

Imię ojca

Stanowisko, miejsce pracy

Podgrupa klasyfikacyjna

Wymiar czasu pracy

IDO

	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	29	30	31
Ilość przepracowanych godzin w dniu																															
Ilość przepracowanych godzin łącznie																															
Podpis osadzonego																															

Uwaga! Nie poprawiać zapisów w karcie pracy.

Sporządził

Pieczętka i podpis kierownika działu

Podpis osadzonego

.....

KARTA PRACY OSADZONEGO ZATRUDNIONEGO NIEODPŁATNIE
W WYMIARZE DO 90 GODZIN MIESIĘCZNIE

miesiąc – rok

pieczęćka jednostki

Nazwisko

Imię

Imię ojca

Stanowisko, miejsce pracy

Podgrupa klasyfikacyjna

IDO

	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	29	30	31
Pozostało do wykorzystania	90																														
Wykorzystano w dniu																															
Wykorzystano łącznie																															
Podpis osadzonego																															

Uwaga! Nie poprawiać zapisów w karcie pracy.

.....
Sporządził

.....
Pieczęćka i podpis kierownika działu

.....
Podpis osadzonego

