

**KINNITATUD**

Siseministri 01.07.2022 määrusega nr 1-1/20  
„Abipolitseiniku ja abipolitseinikuks astuda soovija  
tervisekontrolli tingimused ja kord, abipolitseinikuks  
saamist välistavate tervisehäirete ja abipolitseiniku  
ülesande täitmisel tulirelva ja elektrišokirelva kandmist  
välistavate füüsiliste puuete loetelu ning  
tervisetõendi sisu ja vormi nõuded”  
LISA 2

Tervishoiuteenuse osutaja:
Nimi: .....
Aadress: .....
Telefon: .....
Tegevusloa nr: .....

**ABIPOLITSEINIKU JA ABIPOLITSEINIKUKS ASTUDA SOOVIJA TERVISETÕEND**

..... nr .....  
(päev, kuu, aasta )

.....  
(isiku ees- ja perekonnanimi)

Isikukood .....

Elukoht .....

**OTSUS**

Tervisekontrolli tulemusena on tuvastatud, et:

- ✓ abipolitseinikul / abipolitseinikuks astuda soovijal ei esine / esineb abipolitseiniku kohustuste täitmist välistavaid tervisehäireid;
- ✓ abipolitseinikul / abipolitseinikuks astuda soovijal ei esine / esineb abipolitseiniku ülesande täitmisel tulirelva /elektrišokirelva kandmist välistavaid füüsilisi puudeid.

Järgmise tervisekontrolli aeg .....

Tervisekontrolli tegija:

.....

(ees- ja perekonnanimi)

(allkiri, kuupäev, pitser)