REJESTR ZACHOROWAŃ NA CHOROBY ZAWODOWE I PODEJRZEŃ O TAKIE CHOROBY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko  pracownika chorego na chorobę zawodową lub podejrzanego o taką chorobę | Stanowisko – staż pracy na tym stanowisku | Data stwierdzenia choroby zawodowej lub zgłoszenia podejrzenia o taką chorobę | Data i nr decyzji  Państwowego  Inspektora  Sanitarnego | Nazwa  lub nr statystyczny  choroby zawodowej | Skutki choroby zawodowej | Data wysłania zawiadomienia o skutkach choroby zawodowej  do Instytutu Medycyny oraz właściwego  Inspektora  Sanitarnego | Wnioski w zakresie poprawy stanu bhp, jeżeli choroba powstała wskutek pracy w tym zakładzie pracy |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |