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  |
|    |   |   |   |   |   |   |   |   |
|    |   |   |   |   |   |   |   |   |
|    |   |   |   |   |   |   |   |   |
|    |   |   |   |   |   |   |   |   |
|    |   |   |   |   |   |   |   |   |
|    |   |   |   |   |   |   |   |   |
|    |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |    |   |   |   |   |   |   |   |
|   |    |   |   |   |   |   |   |   |
|    |   |   |   |   |   |   |   |   |