Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r.

**Załącznik nr 1**

*WZÓR*

………………………………………………………

………………………………………………………

(pieczęć, nazwa i adres podmiotu zgłaszającego podejrzenie choroby zawodowej)\*)

* + - 1. Państwowy Powiatowy/Graniczny/Wojewódzki

Inspektor Sanitarny,

Państwowy Inspektor Sanitarny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z 2012 r. poz. 460 i 892 oraz z 2013 r. poz. 2),

Komendant/Inspektor Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej\*\*) w …………………………..

* + - 1. Okręgowy Inspektor Pracy w ......................................

**Zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej**

* + 1. Imię i nazwisko .............................................................................................................................................
		2. Data i miejsce urodzenia ...............................................................................................................................
		3. Adres zamieszkania ......................................................................................................................................
		4. Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada ...................................................................................................
		5. Aktualna sytuacja zawodowa: pracownik/emeryt/rencista/bezrobotny\*\*\*)

Inna forma wykonywania pracy ……………..……………………………...………………………...………..

* + 1. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)

Pełna nazwa …………………………..…………………………………………………….…………………..

Adres .…………………………………………………………...…………………………….………………..

…………………………………………………………………………...…………..………………………..

Numer identyfikacyjny REGON ……………………………………………………..…………..……………

* + 1. Miejsce zatrudnienia lub wykonywania pracy, w którym wystąpiło narażenie zawodowe będące powodem zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej

Pełna nazwa ………….………………..…………..…………………………………......................................

………………………………………...……………………………………………………………………

Adres ………………………………………………………………………………………….………………

………………………………………………………………………………………………………………

Numer identyfikacyjny REGON ………………………………………..…………………………….……….

* + 1. Stanowisko i rodzaj pracy ………………………………………………………………….……………....
		2. Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy zgłoszenie ……………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………

* + 1. Pozycja w wykazie chorób zawodowych określonym w przepisach w sprawie chorób zawodowych, wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3–6 i § 11 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy

………………………………………………………………………………………………………………….

* + 1. Czynniki narażenia zawodowego, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej

………………………………………………………………………………………………………………….

* + 1. Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej

………………………………………………………………………………………………………………….

* + 1. Uzasadnienie podejrzenia choroby zawodowej

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

Data ……………………………. ………………………………………….

(imię i nazwisko osoby zgłaszającej
podejrzenie choroby zawodowej)

\*) W przypadku pracownika lub byłego pracownika należy podać imię i nazwisko.

 \*\*) Podkreślić nazwę właściwego inspektora sanitarnego, któremu zgłasza się podejrzenie choroby zawodowej.

\*\*\*) Niepotrzebne skreślić.