

Nazwa i adres pracodawcy, w którego zakładzie pracy stwierdzono chorobę zawodową	ZAWIADOMIENIE O SKUTKACH CHOROBY ZAWODOWEJ	Adresat: 1) Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. J. Nofera w Łodzi
	Numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	2) Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w
Numer identyfikacyjny – REGON pracodawcy	Województwo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienie na odwrocie Wysłać bez pisma przewodniego
	Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej	

1. 2. 3.
imię i nazwisko chorego płeć /M lub K/ data urodzenia
4.
adres chorego
5.
pełne rozpoznanie choroby zawodowej
- pozycja w wykazie chorób zawodowych
6. Orzeczone czasową niezdolność do pracy: NIE/TAK* na ile dni
7. Orzeczone okresową niezdolność do pracy z powodu choroby/czasowo przeniesiono na inne stanowisko pracy/: NIE/TAK* na ile dni
8. Stwierdzono stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu NIE/TAK* w wysokości%
- 8a. Wypłacono jednorazowe odszkodowanie: NIE/TAK*
- 8b. Przyznano świadczenia wyrównawcze z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową NIE/TAK*
9. Przyznano rentę z tytułu częściowej/całkowitej* niezdolności do pracy spowodowanej skutkami choroby zawodowej NIE/TAK*
- 9a. Przyznano rentę szkoleniową NIE/TAK*, na okresmiesiący
- 9b. Przyznano rentę okresową NIE/TAK*, na okresmiesiący
- 9c. Przyznano rentę stałą NIE/TAK*
10. Stwierdzenie choroby zawodowej dotyczy emeryta/rencisty/ bezrobotnego...* NIE/TAK*

.....
data

.....
podpis

NIE WYPEŁNIAĆ

0.

4.

* Niepotrzebne skreślić.