**ZAŁĄCZNIK Nr  1**

WZÓR

................................................................................................

................................................................................................

(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 2024 r. poz. 416), |
|  | Komendant/Inspektor Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej\*\*) |
|  | w ............................................................................................................................... |
|  | 2) 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 ..................................................................................................................

6. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)

Pełna nazwa .................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................

Adres ...........................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................

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

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

Pełna nazwa ................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................

Adres ..........................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................

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

8. Stanowisko i rodzaj pracy .......................................................................................................................

9. Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy zgłoszenie .................................................................

......................................................................................................................................................................

10. 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

......................................................................................................................................................................

11. Czynniki narażenia zawodowego, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej

.....................................................................................................................................................................

12. Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej

....................................................................................................................................................................

13. 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.