

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

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Toruniu
Okręgowy Inspektor Pracy w Toruniu

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
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 wskazują 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.

**) Niepotrzebne skreślić.

Sporządzone na podstawie zał. Nr 1 do rozp. Min. Zdrowia (Dz.U. 2012.663)