

WZÓR

.....
.....
(pieczęć, nazwa i adres 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 oraz z
2012 r. poz. 460),

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 § 1¹ustawy 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 zawodowe
.....
.....
.....
.....
.....

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.