………………………………………

 *(data i miejscowość)*

…………………………………

…………………………………

**Świętokrzyski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Kielcach,**
ul. Jagiellońska 68, 25-734 Kielce

za pośrednictwem:

**Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego we Włoszczowie**,
ul. Sobieskiego 38, 29-100 Włoszczowa

**ODWOŁANIE OD DECYZJI PAŃSTWOWEGO POWIATOWEGO INSPEKTORA SANITARNEGO** **we Włoszczowie**

nr …………………………………….. z dnia ………………………………

Niniejszym wnoszę odwołanie od decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego we Włoszczowie nr …………………………… z dnia ………………………… w sprawie o stwierdzenie choroby zawodowej……………………………………………... …………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………... …………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

 W ślad za powyższym wnoszę o:

1. uchylenie zaskarżonej decyzji w całości i wydanie decyzji w sprawie stwierdzenia choroby zawodowej,

ewentualnie o

1. uchylenie zaskarżonej decyzji w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania organowi I instancji.

**UZASADNIENIE**

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

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

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

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

 *(podpis)*