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

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

(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, 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 .........................................................................................................................................

1. Aktualna sytuacja zawodowa: pracownik/rencista/emeryt/bezrobotny\*\*\*)

Inna forma wykonywania pracy ..........................................................................................................................................................

1. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)

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

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

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

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

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

1. 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 ...........................................................................................................

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

1. 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

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

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

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

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

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

1. 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.