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

(pieczęć, 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 (t. j. Dz. U. z 2021r. poz. 195   
z poźn.zm.)

Komendant/Inspektor Wojskowego Ośrodka

Medycyny Prewencyjnej\*\*) **w Nowym Sączu, ul.**

**S. Czarnieckiego 19**

2) Okręgowy Inspektor Pracy **w Nowym Sączu**

**ul. Pijarska 14**

**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 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.