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

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

(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 (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 .....................................................................................................

1. Aktualna sytuacja zawodowa: pracownik/emeryt/rencista/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.