

(Pieczęć, nazwa i adres podmiotu  
zgłaszającego podejrzenie choroby  
zawodowej )

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny\*)  
~~Okręgowy Inspektor Pracy\*)~~  
w Prudniku

## 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 § 1<sup>1</sup> ustawy 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 )

\*) Niepotrzebne skreślić.