

Pieczęć zgłaszającego
podejrzenie choroby zawodowej

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny^{*)}
Okręgowy Inspektor Pracy^{*)}
w

Zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej

Imię i nazwisko data urodzenia
Adres zamieszkania
numer ewidencyjny PESEL
Aktualne zatrudnienie (nazwa pracodawcy, adres, numer
identyfikacyjny REGON^{*)}
.....
rencista - emeryt - bezrobotny^{*)}

Miejsce zatrudnienia, w którym wystąpiło zagrożenie będące powodem zgłoszenia
podejrzenia choroby zawodowej (pełna nazwa pracodawcy - zakładu pracy, adres, numer
identyfikacyjny REGON)

.....
.....

Stanowisko i rodzaj pracy
Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy zgłoszenie

.....
Pozycja w wykazie chorób zawodowych

Rodzaj narażenia zawodowego, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej

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

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

.....
Uzasadnienie podejrzenia choroby zawodowej
.....
.....
.....

Data

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej
podejrzenie choroby zawodowej

*)

Niepotrzebne skreślić.