

Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienia na odwrocie. Wysłać bez pisma przewodniego.

Nazwa i adres pracodawcy, u którego powstała choroba zawodowa pracownika:	ZAWIADOMIENIE O SKUTKACH CHOROBY ZAWODOWEJ	Adresaci:		
	Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy:	Województwo:			
	Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:			

NIE WYPEŁNIAĆ

- | | | |
|---|-----------|---------------------|
| 1. (imię i nazwisko chorego) | 2. (płeć) | 3. (data urodzenia) |
| 4. (adres chorego) | | |
| 5. (pełne rozpoznanie choroby zawodowej) | | |
| 5a. Pozycja w wykazie chorób zawodowych | | |
| 6. Orzeczone czasową niezdolność do pracy TAK*) na ile dni | | |
| 7. Orzeczone czasowe ograniczenie zdolności do pracy (czasowo przeniesiono na inne stanowisko pracy) TAK*) na ile dni | | |
| 8. Stwierdzono stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu TAK*) w wysokości % | | |
| 8a. Wyplacono jednorazowe odszkodowanie TAK*) w wysokości | | |
| 8b. Przyznano świadczenia wyrównawcze z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową TAK*) | | |
| 9. Przyznano rentę z tytułu częściowej/całkowitej*) niezdolności do pracy spowodowanej skutkami choroby zawodowej TAK*) | | |
| 9a. Przyznano rentę szkoleniową TAK*) na okres miesięcy | | |
| 9b. Przyznano rentę okresową TAK*) na okres miesięcy | | |
| 9c. Przyznano rentę stałą NIE/TAK*) | | |

--	--	--	--

--	--	--

10. Stwierdzenie choroby zawodowej dotyczy emeryta

TAK^{*)}

(data)

.....
(podpis pracodawcy lub osoby
upoważnionej przez pracodawcę)

^{*)} Niepotrzebne skreślić.

OBJAŚNIENIA

do wypełniania zawiadomienia o skutkach choroby zawodowej

Uwagi ogólne:

1. Zawiadomienie wypełnia pracodawca zatrudniający pracownika, u którego stwierdzono chorobę zawodową po jego przystąpieniu do pracy lub po przyznaniu renty z tytułu niezdolności do pracy.
2. Formularz zawiadomienia należy wypełnić pismem komputerowym.
3. W polu oznaczonym „Adresaci:” należy wpisać Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera w Łodzi, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, oraz nazwę i adres odpowiednio: państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, państwowego granicznego inspektora sanitarnego, państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, państwowego inspektora sanitarnego, 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), komendanta wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektora wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej, który wydał decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej w I instancji.
4. Pracodawca nie wypełnia prawego marginesu zawiadomienia; jest to miejsce na kod i w związku z tym nie należy dokonywać na marginesie żadnych zapisów.
5. W polu oznaczonym „Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy:” należy wpisać dziewięciocyfrowy numer identyfikacyjny REGON pracodawcy.
6. W polu oznaczonym „Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej” należy wpisać kolejny numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej w danym roku kalendarzowym.
7. W polu oznaczonym „Województwo:” należy wpisać nazwę województwa, na którego terenie powstała choroba zawodowa.
8. W polu oznaczonym „Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:” należy wpisać datę wydania decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

Uwagi szczegółowe:

- pkt 2 Wpisać kod – M (mężczyzna) lub K (kobieta).
- pkt 5 Wpisać pełne rozpoznanie choroby zawodowej zgodnie z brzmieniem podanym w decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.
- pkt 8 Wpisać procent uszczerbku na zdrowiu orzeczony przez lekarza orzecznika ZUS.