

**Załącznik nr 1<sup>7)</sup>**

.....  
.....

(nazwa i adres podmiotu zgłaszającego podejrzenie choroby zawodowej<sup>\*)</sup>)

- 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 2024 r. poz. 416),  
Komendant/Inspektor Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej<sup>\*\*)</sup>  
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 .....
5. Aktualna sytuacja zawodowa: pracownik/emeryt/rencista/bezrobotny<sup>\*\*\*)</sup>  
Inna forma wykonywania pracy.....
6. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)  
Pełna nazwa.....  
.....  
Adres.....  
.....  
Numer identyfikacyjny REGON.....

---

<sup>7)</sup> Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt. 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

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)

\*) W przypadku pracownika lub byłego pracownika należy podać imię i nazwisko.

\*\*) Podkreślić nazwę właściwego inspektora sanitarnego, któremu zgłasza się podejrzenie choroby zawodowej.

\*\*\*) Niepotrzebne skreślić.