**WZÓR**

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

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

(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](https://sip.lex.pl/#/document/16791823?unitId=art(20)ust(2)&cm=DOCUMENT) 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 i 892 oraz z 2013 r. poz. 2), |
|  | 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 ...........................................................................

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](https://sip.lex.pl/#/document/16789274?unitId=art(237)par(1)pkt(3)&cm=DOCUMENT) i [§ 11](https://sip.lex.pl/#/document/16789274?unitId=art(237)par(1(1))&cm=DOCUMENT) 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.