………………………………………………

(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 ustawy

z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej,

Komendant/ Inspektor Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej\*\*)   
**w Olsztynie**

**ul. Żołnierska 16, 10–561 Olsztyn**

2) Okręgowy Inspektor Pracy w Olsztynie

# 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 § 11 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.