*Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób.(Dz.U. 2013, poz. 1379).*

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

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

(pieczęć, 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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 oraz z 2012 r. poz. 460), |
|  | 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 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.