

Dane osoby, składającej oświadczenie

Miejscowość, dnia

.....
Imię, nazwisko

.....
Adres zamieszkania (miejscowość, kod, ulica)

.....
Telefon

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Olkusz
Al. 1000-lecia 13A
32-300 Olkusz**

Zgłaszam podejrzenie choroby zawodowej

.....
i proszę o skierowanie na badania do Małopolskiego Ośrodka Medycyny Pracy w Krakowie.

Załącznik:

1. zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej - druk
2. kserokopie świadectw pracy
3.