

Pieczeńć zgłaszającego
podejrzenie choroby zawodowej

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny*)
Okręgowy Inspektor Pracy*)
w

Zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej

Imię i nazwisko data urodzenia
Adres zamieszkania
numer ewidencyjny PESEL
Aktualne zatrudnienie (nazwa pracodawcy, adres, numer
identyfikacyjny REGON*)
.....
rencista - emeryt - bezrobotny*)
Miejsce zatrudnienia, w którym wystąpiło zagrożenie będące
powodem zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej (pełna nazwa
pracodawcy - zakładu pracy, adres, numer identyfikacyjny REGON)
.....
.....
Stanowisko i rodzaj pracy
Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy zgłoszenie
.....
Pozycja w wykazie chorób zawodowych
Rodzaj narażenia zawodowego, które wskazuje się jako przyczynę
choroby zawodowej
.....
.....
Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako
przyczynę choroby zawodowej
.....
Uzasadnienie podejrzenia choroby zawodowej
.....
.....
.....
Data Imię i nazwisko osoby zgłaszającej
podejrzenie choroby zawodowej

*) Niepotrzebne skreślić.