

.....  
(pieczęć jednostki orzeczniczej  
albo nazwa i adres jednostki orzeczniczej)

**Orzeczenie lekarskie nr .....  
o braku podstaw do rozpoznania choroby zawodowej**

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada .....

Adres zamieszkania .....

Miejsce zatrudnienia lub wykonywania pracy, w którym wystąpiło narażenie zawodowe stanowiące przyczynę  
zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej (pełna nazwa, adres, numer identyfikacyjny REGON)

Stanowisko i rodzaj pracy .....

Czynniki narażenia zawodowego .....

Okres narażenia zawodowego .....

Pełna nazwa choroby zawodowej, w kierunku której prowadzono postępowanie .....

wymienionej w poz. .... wykazu chorób zawodowych określonego w przepisach w sprawie chorób  
zawodowych, wydanych na podstawie art. 237 §1 pkt 3 – 6 i §1<sup>1</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy

