

.....
.....
.....
(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 2024 r. poz. 416), 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.