

Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienia na odwrocie. Wysłać bez pisma przewodniego.

Nazwa i adres pracodawcy, u którego powstała choroba zawodowa pracownika:	<b>ZAWIADOMIENIE O SKUTKACH CHOROBY ZAWODOWEJ</b>	Adresaci:		
	Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej  <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; margin: auto;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table>			
Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy:	Województwo:			
	Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:			

1. ....	2. ....	3. ....
(imię i nazwisko chorego)	(płeć)	(data urodzenia)
4. ....		
5. ....		
(adres chorego)		
6. ....		
(pełne rozpoznanie choroby zawodowej)		
5a. Pozycja w wykazie chorób zawodowych .....		
6. Orzeczone czasową niezdolność do pracy		
NIE/TAK <sup>*)</sup> na ile		
dni.....		
7. Orzeczone czasowe ograniczenie zdolności do pracy (czasowo przeniesiono na inne stanowisko pracy)		
NIE/TAK <sup>*)</sup> na ile dni.....		
8. Stwierdzono stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu		
NIE/TAK <sup>*)</sup> w		
wysokości.....		
8a. Wyplacono jednorazowe odszkodowanie		
NIE/TAK <sup>*)</sup> w wysokości.....		
8b. Przyznano świadczenia wyrównawcze z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową		
NIE/TAK <sup>*)</sup>		
9. Przyznano rentę z tytułu częściowej/całkowitej <sup>*)</sup> niezdolności do pracy spowodowanej skutkami choroby zawodowej		
NIE/TAK <sup>*)</sup>		
9a. Przyznano rentę szkoleniową		
NIE/TAK <sup>*)</sup> na okres.....miesiące		
9b. Przyznano rentę okresową		
NIE/TAK <sup>*)</sup> na okres.....miesiące		
9c. Przyznano rentę stałą		
NIE/TAK <sup>*)</sup>		

NIE WYPEŁNIAĆ

0.

4.

10. Stwierdzenie choroby zawodowej dotyczy emeryta	
NIE/TAK <sup>*)</sup>	
.....	.....
(data)	(podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej przez pracodawcę)
*) Niepotrzebne skreślić	

## OBJAŚNIENIA

### do wyjaśnienia zawiadomienia o skutkach choroby zawodowej

#### Uwagi ogólne:

1. Zawiadomienie wypełnia pracodawca zatrudniający pracownika, u którego stwierdzono chorobę zawodową po jego przystąpieniu do pracy lub po przyznaniu renty z tytułu niezdolności do pracy.
2. Formularz zawiadomienia należy wypełnić pismem komputerowym.
3. W polu oznaczonym „Adresaci:” należy wpisać Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, oraz wpisać nazwę i adres odpowiednio: państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, państwowego granicznego inspektora sanitarnego, państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, państwowego inspektora sanitarnego, 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, z 2012 r. poz. 460 i 892 oraz z 2013 r. poz. 2), komendanta wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektora wojskowego ośrodka medycyny pracy prewencyjnej, który wydał decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej i I instancji.
4. Pracodawca nie wypełnia prawego marginesu zawiadomienia; jest to miejsce na kod i w związku z tym nie należy dokonywać na marginesie żadnych zapisów.
5. W polu oznaczonym „Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy:” należy wpisać dziewięciocyfrowy numer identyfikacji REGON pracodawcy.
6. W polu oznaczonym „Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej” należy wpisać kolejny numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej w danym roku kalendarzowym.
7. W polu oznaczonym „Województwo:” należy wpisać nazwę województwa, na którego terenie powstała choroba zawodowa.
8. W polu oznaczonym „Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:” należy wpisać datę wydania decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

#### Uwagi szczegółowe:

- pkt 2            Wpisać kod- M (mężczyzna) lub K (kobieta).
- pkt 5            Wpisać pełne rozpoznanie choroby zawodowej zgodnie z brzmieniem podanym w decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.
- pkt 8            Wpisać procent uszczerbku na zdrowiu orzeczoną przez lekarza orzecznika ZUS.