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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres pracodawcy, u którego powstała choroba zawodowa pracownika: | **ZAWIADOMIENIE O SKUTKACH** **CHOROBY ZAWODOWEJ** | Adresaci: |
|  Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej  |
| Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy: | Województwo: |
| Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej: |

NIE WYPEŁNIAĆ

1 2 3 …………….

(imię i nazwisko chorego) (pleć) (data urodzenia)

4 …………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 (adres chorego)

5 …………….. 0.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 (pełne rozpoznanie choroby zawodowej)
5a. Pozycja w wykazie chorób zawodowych ………….….

1. Orzeczono czasową niezdolność do pracy 4.

NIE/TAK\*) na ile dni

1. Orzeczono czasowe ograniczenie zdolności do pracy (czasowo przeniesiono na inne stanowisko pracy)

NIE/TAK\*) na ile dni

1. Stwierdzono stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu

NIE/TAK\*) w wysokości %

8a. Wypłacono jednorazowe odszkodowanie

NIE/TAK\*) w wysokości

8b. Przyznano świadczenia wyrównawcze z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową

NIE/TAK\*)

1. Przyznano rentę z tytułu częściowej/całkowitej niezdolności do pracy spowodowanej skutkami choroby zawodowej

NIE/TAK\*)

9a. Przyznano rentę szkoleniową

NIE/TAK\*) na okres miesięcy

9b. Przyznano rentę okresową

NIE/TAK\*) na okres miesięcy

9c. Przyznano rentę stalą

NIE/TAK\*)

**OBJAŚNIENIA**

**do wypełniania 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 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 oraz z 2012 r. poz. 460), komendanta wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektora wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej, który wydał decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej w 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 identyfikacyjny 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 orzeczony przez lekarza orzecznika ZUS.