

.....
.....

(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, 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/rencista/emeryt/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.