Włoszczowa, ………………………..

……………………………………….
……………………………………….
……………………………………….
 *(imię, nazwisko, adres składającego prośbę)*

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
we Włoszczowie**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie zaświadczenia dotyczącego uprawomocnienia się decyzji nr ………………………………………………………………… z dn. ……………………………. w sprawie stwierdzenia choroby zawodowej, tj……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... …………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...
 *(pełna nazwa choroby zawodowej, numer pozycji w wykazie chorób zawodowych)*

………………………………………………………..
*(podpis)*