

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA O PRAWOMOCNOŚCI DECYZJI

Końskie, dnia

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania/adres do korespondencji

.....
PESEL

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
W KOŃSKICH**

**ul. Sportowa 7
26-200 Końskie**

Proszę o wydanie zaświadczenia o prawomocności decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej
nr. z dnia

Zaświadczenie potrzebne jest celem przedłożenia w

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)