

Nazwa i adres pracodawcy, u którego powstała choroba zawodowa pracownika:	ZAWIADOMIENIE O SKUTKACH CHOROBY ZAWODOWEJ	Adresaci:		
	Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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.
(adres chorego)

5.
(pełne rozpoznanie choroby zawodowej)

5a. Pozycja w wykazie chorób zawodowych

6. Orzeciono czasową niezdolność do pracy NIE/TAK^{*} na ile dni

7. Orzeciono czasowe ograniczenie zdolności do pracy (czasowo przeniesiono na inne stanowisko pracy): NIE/TAK^{*} na ile dni

8. Stwierdzono stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu NIE/TAK^{*} w wysokości%

8a. Wyplacono jednorazowe odszkodowanie: NIE/TAK^{*} w wysokości

8b. Przyznano świadczenia wyrównawcze z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową NIE/TAK^{*}

9. 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 stałą NIE/TAK^{*}

10. Stwierdzenie choroby zawodowej dotyczy emeryta NIE/TAK^{*}

.....
(data) (podpis)

NIE WYPEŁNIAĆ

0.

--	--	--	--

4.

--	--	--	--

* Niepotrzebne skreślić

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 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.), 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:" wpisać nazwę województwa, na terenie którego 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 orzeczonego przez lekarza orzecznika ZUS.