

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)*