........……………………………………..

(Pieczęć, nazwa i adres podmiotu zgłaszającego podejrzenie

choroby zawodowej)\*)

**Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny**

**w Złotoryi**

# 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/emeryt/rencista/bezrobotny \*\*\*)

6. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)

Pełna nazwa .....................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

Adres ................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

Numer identyfikacyjny REGON .....................................................................................................

7. Miejsce zatrudnienia lub wykonywania pracy, w którym wystąpiło zagrożenie 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 § 1 1 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.

\*\*) Podać nazwę właściwego inspektora sanitarnego, któremu zgłasza się podejrzenie choroby zawodowej.

\*\*\*) Niepotrzebne skreślić.