

**Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienia na odwrocie. Wysłać bez pisma przewodniego do 15 stycznia każdego roku**

Nazwa i adres pracodawcy, u którego powstała choroba zawodowa pracownika:	<b>ZAWIADOMIENIE O SKUTKACH CHOROBY ZAWODOWEJ</b>	Adresaci: <b>1) Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi im. prof. dr.med. Nofera w Łodzi 91-348 Łódź, ul. św. Teresy 8</b> <b>2) Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Łodzi 90-046 Łódź, ul. Wodna 40</b> <b>3) Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Skierniewicach 96-100 Skierniewice, ul. Piłsudskiego 33</b>
	Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:	
Numer identyfikacyjny - REGON pracodawcy:	Województwo:	
	Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:	

1. .... (imię i nazwisko chorego)	2. .... (płeć M/K)	3. .... (data urodzenia)	NIE WYPEŁNIAĆ
4. .... (adres chorego)			
5. .... (pełne rozpoznanie choroby zawodowej)			0. ....
5a. Pozycja w wykazie chorób zawodowych .....			4. ....
6. Orzeciono czasową niezdolność do pracy na .....dni		NIE / TAK <sup>*)</sup>	
7. Orzeciono czasowe ograniczenie zdolności do pracy (czasowo przeniesiono na inne stanowisko pracy) na .....dni		NIE / TAK <sup>*)</sup>	
8. Stwierdzono stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości .....%		NIE / TAK <sup>*)</sup>	
8a. Wypłacono jednorazowe odszkodowanie w wysokości .....		NIE / TAK <sup>*)</sup>	
8b. Przyznano świadczenia wyrównawcze z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową		NIE / TAK <sup>*)</sup>	
9. Przyznano rentę z tytułu częściowej/całkowitej <sup>*)</sup> niezdolności do pracy spowodowanej skutkami choroby zawodowej		NIE / TAK <sup>*)</sup>	
9a. Przyznano rentę szkoleniową na okres ..... miesięcy		NIE / TAK <sup>*)</sup>	
9b. Przyznano rentę okresową na okres .....miesięcy		NIE / TAK <sup>*)</sup>	
9c. Przyznano rentę stałą		NIE / TAK <sup>*)</sup>	
10. Stwierdzenie choroby zawodowej dotyczy emeryta		NIE / TAK <sup>*)</sup>	

Data:

podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej przez pracodawcę:

<sup>\*)</sup> 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.  
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,
3. o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 oraz z 2012 r. poz. 460 ze 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:” należy wpisać nazwę województwa, na którego terenie powstała choroba zawodowa.
8. W polu oznaczonym „Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:” należy wpisać datę wydania decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

#### **Uwagi szczególne:**

- 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.