

.....
(data i miejscowość)

.....

.....

**Świętokrzyski Państwowy Wojewódzki
Inspektor Sanitarny w Kielcach,**
ul. Jagiellońska 68, 25-734 Kielce

za pośrednictwem:
**Państwowego Powiatowego Inspektora
Sanitarnego we Włoszczowie,**
ul. Sobieskiego 38, 29-100 Włoszczowa

**ODWOŁANIE OD DECYZJI PAŃSTWOWEGO POWIATOWEGO INSPEKTORA
SANITARNEGO we Włoszczowie**

nr z dnia

Niniejszym wnoszę odwołanie od decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora
Sanitarnego we Włoszczowie nr z dnia
w sprawie o stwierdzenie choroby zawodowej.....

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

W ślad za powyższym wnoszę o:

- 1) uchylenie zaskarżonej decyzji w całości i wydanie decyzji w sprawie stwierdzenia choroby zawodowej,

ewentualnie o

- 2) uchylene zaskarzonej decyzji w calosci i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania organowi I instancji.

UZASADNIENIE

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

.....
(podpis)