

.....
.....
*Pieczęć, nazwa i adres podmiotu zgłaszającego
podejrzanie choroby zawodowej**

**PAŃSTWOWY POWIATOWY INSPEKTOR
SANITARNY W PABIANICACH
ul. Kilińskiego 10/12
95-200 Pabianice**

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**
Inna forma wykonywanej pracy
6. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)
Pełna nazwa:
-
Adres:
-
Numer identyfikacyjny REGON
7. Miejsce zatrudnienia lub wykonywania pracy, w którym wystąpiło narażenie zawodowe 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 § 1¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – 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 **
Niepotrzebne skreślić