|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienia na odwrocie. Wysłać bez pisma przewodniego.*** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa i adres pracodawcy, u którego powstała choroba zawodowa pracownika: | | **ZAWIADOMIENIE O SKUTKACH**  **CHOROBY ZAWODOWEJ** | | | | | | | | Adresaci: | | | | | |
|  | | Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej | | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  |  |  | |  |  |  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy: | | Województwo: | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej: | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | NIE WYPEŁNIAĆ | | | | | |
| 1. | 2. | | | | 3. | | | |  | | | | | | |
| (imię i nazwisko chorego) | (płeć) | | | | (data urodzenia) | | | |  | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | |  | | | | | | |
| (adres chorego) | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | 0. | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| (pełne rozpoznanie choroby zawodowej) | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 5a. Pozycja w wykazie chorób zawodowych | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 6. Orzeczono czasową niezdolność do pracy  \*) na ile dni | | | | | | | | | 4. | |  |  |  |  | |
| 7. Orzeczono czasowe ograniczenie zdolności do pracy (czasowo przeniesiono na inne stanowisko pracy)  \*) na ile dni | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 8. Stwierdzono stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu  \*) w wysokości      % | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 8a. Wypłacono jednorazowe odszkodowanie  \*) w wysokości | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 8b. Przyznano świadczenia wyrównawcze z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową | | | | | | | | |  | | | | | | |
| \*) | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 9. Przyznano rentę z tytułu częściowej/całkowitej\*) niezdolności do pracy spowodowanej skutkami choroby zawodowej | | | | | | | | |  | | | | | | |
| \*) | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 9a. Przyznano rentę szkoleniową | | | | | | | | |  | | | | | | |
| \*) na okres       miesięcy | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 9b. Przyznano rentę okresową | | | | | | | | |  | | | | | | |
| \*) na okres       miesięcy | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 9c. Przyznano rentę stałą | | | | | | | | |  | | | | | | |
| NIE/TAK\*) | | | | | | | | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10. Stwierdzenie choroby zawodowej dotyczy emeryta  \*) | | | | |  |
|  | | |  | .......................................................... |  |
| (data) | | |  | (podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej przez pracodawcę) |  |
| \*) 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. | | | | |
| 3. | 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, 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), 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 szczegółowe:** | | | | | |
| 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 orzeczony przez lekarza orzecznika ZUS. | | | |