Załączniki do rozporządzenia

Ministra Zdrowia

z dnia 2 sierpnia 2002 r.

**Załącznik nr 1**

*WZÓR*

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

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

(pieczęć, nazwa i adres podmiotu zgłaszającego podejrzenie

choroby zawodowej)\*)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  | 1) Państwowy Powiatowy/Graniczny/Wojewódzki Inspektor Sanitarny, Państwowy Inspektor Sanitarny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011r. Nr 195 ze zm.), Komendant/Inspektor Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej\*\*)  w ........................................ |
|  | 2) Okręgowy Inspektor Pracy w ............................. |
|  |  |
|  |  |

**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 wykonywania 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 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.

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

\*\*\*) Niepotrzebne skreślić.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz zgodnie z art. 14 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) informujemy, że:

1.Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Pajęcznie reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Pajęcznie/Dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej z siedzibą w Pajęcznie przy ulicy Żeromskiego 7, 98-330 Pajęczno;

2. Z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) można się kontaktować za pomocą poczty elektronicznej [iod.psse.pajeczno@sanepid.gov.pl](mailto:iod.psse.pajeczno@sanepid.gov.pl);

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych, zgodnie z realizacją zadań

przypisanych organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej na mocy ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i innych ustaw szczególnych oraz aktów wykonawczych (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c i lit. e oraz art. 9 ust 2 lit. g-i RODO);

4. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w związku z postępowaniem w sprawie podejrzenia choroby zawodowej, może żądać udzielenia informacji:

imię i nazwisko; datę i miejsce urodzenia; numer PESEL; adres miejsca zamieszkania; pełna nazwa choroby zawodowej, w związku z którą toczy się postępowanie i numer wg wykazu chorób zawodowych; informacja o możliwości zakażenia pozazawodową dot. chorób zakaźnych i inwazyjnych; wywiad zawodowy – nazwa i adres zakładów pracy, okresy zatrudnienia; badania profilaktyczne orzekanie o przeciwwskazaniach do wykonywania pracy na określonym stanowisku; informacje dotyczące osoby zgłaszającej podejrzenie choroby zawodowej; dane zakładu pracy, w którym prowadzonej jest postępowanie (nazwa, adres, NIP, REGON, PKD); charakterystyka wykonywanej pracy; sposób wykonywanej pracy; czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej (czynniki chemiczne, biologiczne, rakotwórcze, fizyczne, uczulające); opis środków profilaktycznych podejmowanych w zakładzie pracy; informacje dotyczące prowadzonych kontroli warunków pracy, w tym wydane decyzje.

5. Państwa dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wykonywania zadań z nimi związanych oraz zgodnie z przepisami regulującymi przechowywanie i archiwizowanie dokumentów.

7. Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od Administratora dostępu do treści swoich danych osobowych, sprostowania danych, ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania danych, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania i prawo do przenoszenia danych, za wyjątkiem przypadków, gdy przepisy prawa wyłączają Państwa prawa we wskazanym zakresie.

Jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody, to przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Ponadto przysługuje Państwu prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego gdy uznane zostanie, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku.

8. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

9. Dane osobowe pozyskiwane są od stron i uczestników postępowania, wnioskodawców, petentów, z publicznie dostępnych rejestrów, od innych organów i podmiotów, które na mocy odrębnych przepisów zobowiązane są przekazywać dane organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

10. Ponadto informujemy, że udostępnione dane:

- nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym profilowaniu,

- nie będą przekazywane do państw trzecich (spoza EOG).