

.....
.....
(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 212, poz. 1263, z 2012r. poz. 460 i 892 oraz z 2013r. poz. 2), 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 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.

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

***) Niepotrzebne skreślić