Rejestr chorób zawodowych oraz zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej

Lp.	Imię i nazwisko pracownika chorego na chorobę zawodową lub podejrzanego o taką chorobę	Data stwierdzenia choroby zawodowej lub zgłoszenia podejrzenia o chorobę zawodową	Data i nr decyzji Państwowego Inspektora Sanitarnego	Nazwa lub pozycja z wykazu chorób zawodowych	Skutki choroby zawodowej	Data wysłania Instytutowi Medycyny Pracy w Łodzi oraz właściwemu inspektorowi sanitarnemu zawiadomienia o skutkach choroby zawodowej