

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 1985 r. o Państwowej Inspekcji
Sanitarnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1261),
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

¹⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 5 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

-
- 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.