

**REJESTR CHORÓB ZAWODOWYCH
I PODEJRZEŃ O TAKIE CHOROBY**

.....

L.p.	Imię i nazwisko pracownika chorego na chorobę zawodową lub podejrzanego o taką chorobę	Stanowisko – staż pracy na tym stanowisku	Data stwierdzenia choroby zawodowej	Nr decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego	Pozycja w wykazie chorób zawodowych
1	2	3	4	5	6