

WZÓR

Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienia na odwrocie. Wysłać bez pisma przewodniego.

Nazwa i adres pracodawcy, u którego powstała choroba zawodowa pracownika:	ZAWIADOMIENIE O SKUTKACH CHOROBY ZAWODOWEJ	Adresaci:			
	Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>				
Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy:	Województwo:				
	Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:				

NIE WYPEŁNIAĆ

1. 2. 3.
 (imię i nazwisko chorego) (płeć) (data urodzenia)
4.
 (adres chorego)
5.
 (pełne rozpoznanie choroby zawodowej)
- 5a. Pozycja w wykazie chorób zawodowych
6. Orzeczono czasową niezdolność do pracy NIE/TAK*) na ile dni
7. Orzeczono czasowe ograniczenie zdolności do pracy (czasowo przeniesiono na inne stanowisko pracy) NIE/TAK*) na ile dni
8. Stwierdzono stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu NIE/TAK*) w wysokości.....%
- 8a. Wypłacono jednorazowe odszkodowanie NIE/TAK*) w wysokości
- 8b. Przyznano świadczenia wyrównawcze z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową NIE/TAK*)
9. Przyznano rentę z tytułu częściowej/całkowitej*) niezdolności do pracy spowodowanej skutkami choroby zawodowej NIE/TAK*)
- 9a. Przyznano rentę szkoleniową NIE/TAK*) na okres miesięcy
- 9b. Przyznano rentę okresową NIE/TAK*) na okres miesięcy
- 9c. Przyznano rentę stałą NIE/TAK*)

0.			
----	--	--	--

4.			
----	--	--	--

10. Stwierdzenie choroby zawodowej dotyczy emeryta

NIE/TAK*)

.....

(data)

.....

(podpis pracodawcy lub osoby
upoważnionej przez pracodawcę)

*) Niepotrzebne skreślić.

OBJAŚNIENIA do wypełniania zawiadomienia o skutkach choroby zawodowej

Uwagi ogólne:

1. Zawiadomienie wypełnia pracodawca zatrudniający pracownika, u którego stwierdzono chorobę zawodową po jego przystąpieniu do pracy lub po przyznaniu renty z tytułu niezdolności do pracy.
2. Formularz zawiadomienia należy wypełnić pismem komputerowym.
3. W polu oznaczonym „Adresaci:” należy wpisać Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera w Łodzi, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, oraz nazwę i adres odpowiednio: państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, państwowego granicznego inspektora sanitarnego, państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, państwowego inspektora sanitarnego, 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 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z 2012 r. poz. 460 i 892 oraz z 2013 r. poz. 2), komendanta wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektora wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej, który wydał decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej w I instancji.
4. Pracodawca nie wypełnia prawego marginesu zawiadomienia; jest to miejsce na kod i w związku z tym nie należy dokonywać na marginesie żadnych zapisów.
5. W polu oznaczonym „Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy:” należy wpisać dziewięciocyfrowy numer identyfikacyjny REGON pracodawcy.
6. W polu oznaczonym „Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej” należy wpisać kolejny numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej w danym roku kalendarzowym.
7. W polu oznaczonym „Województwo:” należy wpisać nazwę województwa, na którego terenie powstała choroba zawodowa.
8. W polu oznaczonym „Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:” należy wpisać datę wydania decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

Uwagi szczegółowe:

- pkt 2 Wpisać kod – M (mężczyzna) lub K (kobieta).
- pkt 5 Wpisać pełne rozpoznanie choroby zawodowej zgodnie z brzmieniem podanym w decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.
- pkt 8 Wpisać procent uszczerbku na zdrowiu orzeczonego przez lekarza orzecznika ZUS.