Włoszczowa, ………………………..

……………………………………….   
……………………………………….   
……………………………………….  
 *(imię, nazwisko, adres składającego prośbę)*

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny  
we Włoszczowie**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie zaświadczenia dotyczącego uprawomocnienia się decyzji nr ………………………………………………………………… z dn. ……………………………. w sprawie stwierdzenia choroby zawodowej, tj……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... …………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...  
 *(pełna nazwa choroby zawodowej, numer pozycji w wykazie chorób zawodowych)*

………………………………………………………..  
*(podpis)*