

Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienia na odwrocie. Wysłać bez pisma przewodniego do 15 stycznia każdego roku

Nazwa i adres pracodawcy, u którego powstała choroba zawodowa pracownika:	ZAWIADOMIENIE O SKUTKACH CHOROBY ZAWODOWEJ	Adresaci: 1) Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi im. prof. dr.med. Nofera w Łodzi 91-348 Łódź, ul. św. Teresy 8 2) Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy 85-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4 3) Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Toruniu ul. Szosa Bydgoska 1, 87-100 Toruń
	Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:	
Numer identyfikacyjny - REGON pracodawcy:	Województwo:	
	Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:	

1. (imię i nazwisko chorego)	2. (płeć M/K)	3. (data urodzenia)	NIE WYPEŁNIAĆ
4. (adres chorego)			
5. (pełne rozpoznanie choroby zawodowej)			4.
5a. Pozycja w wykazie chorób zawodowych			
6. Orzeciono czasową niezdolność do pracy nadni		NIE / TAK ^{*)}	
7. Orzeciono czasowe ograniczenie zdolności do pracy (czasowo przeniesiono na inne stanowisko pracy) nadni		NIE / TAK ^{*)}	
8. Stwierdzono stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości%		NIE / TAK ^{*)}	
8a. Wypłacono jednorazowe odszkodowanie w wysokości		NIE / TAK ^{*)}	
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 na okres miesięcy		NIE / TAK ^{*)}	
9b. Przyznano rentę okresową na okresmiesięcy		NIE / TAK ^{*)}	
9c. Przyznano rentę stałą		NIE / TAK ^{*)}	
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.
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,
3. 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 oraz z 2012 r. poz. 460 ze zm.), 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 szczególne:

- 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.