………………………………………………………

………………………………………………………

(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 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z 2012 r.

poz. 460 i 892 oraz z 2013 r. poz. 2),

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 ……………………………………………………………………………………….……………..

………………………………………………………………………………..………………..………..…

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.\_\_