.............................................................................................................

..............................................................................................................

(pieczęć, nazwa i adres podmiotu zgłaszającego podejrzenie choroby zawodowej)\*)

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny**

**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 ...........................................................................................

1. Miejsce zatrudnienia lub wykonywania pracy, w którym wystąpiło narażenie zawodowe będące powodem zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej

Pełna nazwa ...........................................................................................................................

................................................................................................................................................

Adres .....................................................................................................................................

................................................................................................................................................

Numer identyfikacyjny REGON ...........................................................................................

1. Stanowisko i rodzaj pracy .....................................................................................................
2. Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy zgłoszenie ..............................................

................................................................................................................................................

1. Pozycja w wykazie chorób zawodowych określonym w przepisach w sprawie chorób zawodowych, wydanych na podstawie [art. 237 § 1 pkt 3-6](https://sip.lex.pl/#/dokument/16789274?cm=DOCUMENT#art(237)par(1)pkt(3)) i [§ 11](https://sip.lex.pl/#/dokument/16789274?cm=DOCUMENT#art(237)par(1(1))) ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy

................................................................................................................................................

1. Czynniki narażenia zawodowego, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej

................................................................................................................................................

1. Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej

................................................................................................................................................

1. 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.