.....

.....
(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 .....

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 § 1^1 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.