

Jan Kowalski

.....

(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 2017 r. poz. 1261 z późn. zm.), Komendant/Inspektor Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej **) w **Krakowie**

2) Okręgowy Inspektor Pracy w

Zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej

1. Imię i nazwisko **Jan Kowalski**

2. Data i miejsce urodzenia **01.01.1945 r. Kraków**

3. Adres zamieszkania **ul. Rynek Główny 1, 30-000 Kraków**

4. Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada **45010101234**

5. Aktualna sytuacja zawodowa: pracownik/emeryt/rencista/bezrobotny***)

Inna forma wykonywania pracy (**np. umowa zlecenie, umowa o dzieło**)

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 **Polska Sp. z o.o.**

Adres **ul. Zakładowa 1, 30-000 Kraków**

Numer identyfikacyjny REGON **012345678**

8. Stanowisko i rodzaj pracy **specjalista ds. technicznych**

9. Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy zgłoszenie **Przewlekłe choroby układu ruchu
wywołane sposobem wykonywania pracy: przewlekłe zapalenie okołostawowe barku**

10. Pozycja w wykazie chorób zawodowych określonym w przepisach w sprawie chorób zawodowych,
wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3–6 i § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
19/4

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

**Sposób wykonywania pracy: wymuszona pozycja ciała, praca z unoszeniem rąk nad poziom
barków**

12. Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej
01.01.1975 – 31.12.2014

13. Uzasadnienie podejrzenia choroby zawodowej

.....

.....

.....

.....

.....

Data (**data złożenia zgłoszenia**)

Czytelny Podpis

(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.