

.....
(pieczęć, nazwa i adres podmiotu zgłaszającego
podejrzanie 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 Olsztynie
ul. Żołnierska 16, 10-561 Olsztyn
2) Okręgowy Inspektor Pracy w Olsztyn

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
podejrzanie 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.