|  |  |
| --- | --- |
| .....................................................................  .....................................................................  ……………………………………………  ………………………………………..  (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 (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 195 z późn. zm.), |
|  | 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. | |