|  |  |
| --- | --- |
| ..........................................................................................................................................……………………………………………………………………………………..(nazwa i adres podmiotu zgłaszającego podejrzeniechoroby 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 zgłaszającejpodejrzenie 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. |