................................................................................................

................................................................................................

(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 2011 r. Nr 212, poz. 1263 oraz z 2012 r. poz. 460),

 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.