

.....

.....

(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 2024 r. poz. 416),

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) Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 3.

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.

