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

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

(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, z 2012 r. poz. 460 i 892 oraz z 2013 r. poz. 2),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.