|  |
| --- |
| ***Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienia na odwrocie. Wysłać bez pisma przewodniego.*** |
| Nazwa i adres pracodawcy, u któregopowstała choroba zawodowa pracownika:      | **ZAWIADOMIENIE O SKUTKACH****CHOROBY ZAWODOWEJ** | Adresaci:      |
|  | Nr decyzji o stwierdzeniu chorobyzawodowej |  |
|  |  |   |   |   |   |  |  |
|  |  |  |
| Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy:      | Województwo:      |  |
|  | Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:      |  |
|  | NIE WYPEŁNIAĆ |
| 1.       | 2.       | 3.       |  |
| (imię i nazwisko chorego) | (płeć) | (data urodzenia) |  |
| 4.       |  |
| (adres chorego) |  |
| 5.       | 0.  |   |   |   |   |  |
|  |  |
| (pełne rozpoznanie choroby zawodowej) |  |
| 5a. Pozycja w wykazie chorób zawodowych       |  |
| 6. Orzeczono czasową niezdolność do pracy\*) na ile dni       | 4. |   |   |   |  |
| 7. Orzeczono czasowe ograniczenie zdolności do pracy (czasowo przeniesiono nainne stanowisko pracy)\*) na ile dni       |  |
| 8. Stwierdzono stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu\*) w wysokości      % |  |
| 8a. Wypłacono jednorazowe odszkodowanie\*) w wysokości       |  |
| 8b. Przyznano świadczenia wyrównawcze z tytułu stałego lub długotrwałegouszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową |  |
| \*) |  |
| 9. Przyznano rentę z tytułu częściowej/całkowitej\*) niezdolności do pracyspowodowanej skutkami choroby zawodowej |  |
| \*) |  |
| 9a. Przyznano rentę szkoleniową |  |
| \*) na okres       miesięcy |  |
| 9b. Przyznano rentę okresową |  |
| \*) na okres       miesięcy |  |
| 9c. Przyznano rentę stałą |  |
| NIE/TAK\*) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 10. Stwierdzenie choroby zawodowej dotyczy emeryta\*) |  |
|       |  | .......................................................... |  |
| (data) |  | (podpis pracodawcy lub osobyupoważnionej przez pracodawcę) |  |
| \*) Niepotrzebne skreślić. |  |
| **OBJAŚNIENIA****do wypełniania zawiadomienia o skutkach choroby zawodowej** |
| **Uwagi ogólne:** |
| 1. | Zawiadomienie wypełnia pracodawca zatrudniający pracownika, u którego stwierdzono chorobę zawodową po jegoprzystąpieniu do pracy lub po przyznaniu renty z tytułu niezdolności do pracy. |
| 2. | Formularz zawiadomienia należy wypełnić pismem komputerowym. |
| 3. | W polu oznaczonym „Adresaci:” należy wpisać Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Noferaw Łodzi, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, oraz nazwę i adres odpowiednio: państwowego powiatowego inspektorasanitarnego, państwowego granicznego inspektora sanitarnego, państwowego wojewódzkiego inspektorasanitarnego, państwowego inspektora sanitarnego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 orazz 2012 r. poz. 460), komendanta wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektora wojskowegoośrodka medycyny prewencyjnej, który wydał decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej w I instancji. |
| 4. | Pracodawca nie wypełnia prawego marginesu zawiadomienia; jest to miejsce na kod i w związku z tym nie należydokonywać na marginesie żadnych zapisów. |
| 5. | W polu oznaczonym „Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy:” należy wpisać dziewięciocyfrowy numeridentyfikacyjny REGON pracodawcy. |
| 6. | W polu oznaczonym „Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej” należy wpisać kolejny numer decyzjio stwierdzeniu choroby zawodowej w danym roku kalendarzowym. |
| 7. | W polu oznaczonym „Województwo:” należy wpisać nazwę województwa, na którego terenie powstała chorobazawodowa. |
| 8. | W polu oznaczonym „Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:” należy wpisać datę wydania decyzjio stwierdzeniu choroby zawodowej. |
| **Uwagi szczegółowe:** |
| pkt 2 | Wpisać kod – M (mężczyzna) lub K (kobieta). |
| pkt 5 | Wpisać pełne rozpoznanie choroby zawodowej zgodnie z brzmieniem podanym w decyzji o stwierdzeniuchoroby zawodowej. |
| pkt 8 | Wpisać procent uszczerbku na zdrowiu orzeczony przez lekarza orzecznika ZUS. |