Załącznik nr 1

do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r.   
(Dz. U. z 2013 r. poz. 1379 z późn. zm.)

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

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

……………………………………………………………….

*(nazwa i adres podmiotu zgłaszającego podejrzenie choroby zawodowej)\*)*

**Państwowy Powiatowy   
Inspektor Sanitarny   
w Poznaniu  
ul. Gronowa 22  
61-655 Poznań**

Zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej

1. Imię i nazwisko ..................................................................................................................................................................

2. Data i miejsce urodzenia ....................................................................................................................................................

3. Adres zamieszkania ...........................................................................................................................................................

4. Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada ........................................................................................................................

1. Aktualna sytuacja zawodowa: pracownik/rencista/emeryt/bezrobotny\*\*\*)

Inna forma wykonywania pracy .......................................................................................................................................

1. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)

Pełna nazwa .......................................................................................................................................................................

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

Adres ...................................................................................................................................................................................

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

Numer identyfikacyjny REGON........................................................................................................................................

1. 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 ...........................................................................................

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

1. 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

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

1. Czynniki narażenia zawodowego, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej

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

1. Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej

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

1. 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.