

.....
.....
(nazwa i adres podmiotu zgłaszającego podejrzenie choroby
zawodowej)^{*)}

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Ząbkowicach Śl.
ul. Kłodzka 2
57-200 Ząbkowice Śl.**

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)