

.....
.....
.....
(pieczęć, nazwa i adres podmiotu zgłaszającego
podejrzanie choroby zawodowej)*

Państwowy Powiatowy Inspektor
Sanitarny w Wałbrzychu

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 1974r. – 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
podejrzanie choroby zawodowej)

*w przypadku pracownika lub byłego pracownika należy podać imię i nazwisko

**niepotrzebne skreślić