

Pieczęć zgłaszającego  
podejrzenie choroby zawodowej

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny<sup>\*)</sup>  
Okręgowy Inspektor Pracy<sup>\*)</sup>

w .....

### Zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej

Imię i nazwisko ..... data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

numer ewidencyjny PESEL .....

Aktualne zatrudnienie (nazwa pracodawcy, adres, numer  
identyfikacyjny REGON<sup>\*)</sup> .....

.....

rencista - emeryt - bezrobotny<sup>\*)</sup>

Miejsce zatrudnienia, w którym wystąpiło zagrożenie będące  
powodem zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej (pełna nazwa  
pracodawcy - zakładu pracy, adres, numer identyfikacyjny REGON)

.....

.....

Stanowisko i rodzaj pracy .....

Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy zgłoszenie .....

.....

Pozycja w wykazie chorób zawodowych .....

Rodzaj narażenia zawodowego, które wskazuje się jako przyczynę  
choroby zawodowej

.....

.....

.....

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

.....

Uzasadnienie podejrzenia choroby zawodowej .....

.....

.....

.....

Data .....

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej  
podejrzenie choroby zawodowej

<sup>\*)</sup> Niepotrzebne skreślić.