

(Pieczęć zgłaszającego  
podejrzanie choroby zawodowej)

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny\*)  
Okręgowy Inspektor Pracy\*)  
W .....

### Zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej

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

Adres zamieszkania .....

numer ewidencyjny PESEL .....

Aktualne zatrudnienie (nazwa pracodawcy, adres, numer  
identyfikacyjny REGON \*) .....

rencista - emeryt – bezrobotny \*)

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  
podejrzanie choroby zawodowej

\*) Niepotrzebne skreślić.