

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 1 sierpnia 2002 r. (poz. 1121)

Załącznik nr 1

## WZÓR

Pieczęć zgłaszającego  
podejrzanie choroby zawodowejPaństwowy 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  
podejrzanie choroby zawodowej

\*) Niepotrzebne skreślić.