

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 maja 2012 r. (poz. 663)

Załącznik nr 1

WZÓR

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

1) Państwowy Powiatowy/Graniczny/Wojewódzki Inspektor Sanitarny,
Państwowy Inspektor Sanitarny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 oraz z 2012 r. poz. 460),
Komendant/Inspektor Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej**)
w
2) Okręgowy Inspektor Pracy w

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
-

