

Nazwa i adres pracodawcy, w którego zakładzie pracy stwierdzono chorobę zawodową	ZAWIADOMIENIE O SKUTKACH CHOROBY ZAWODOWEJ	Adresat: 1) Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. J. Nofera w Łodzi 2) Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w
	Numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej	
Numer identyfikacyjny – REGON pracodawcy	Województwo: <input type="text"/> <input type="text"/>	Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienie na odwrocie Wysłać bez pisma przewodnego
	Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej	

NIE WYPEŁNIAĆ

1. _____ 2. _____ 3. _____
imię i nazwisko chorego płeć /M lub K/ data urodzenia

4. _____
adres chorego

5. _____
pełne rozpoznanie choroby zawodowej

- pozycja w wykazie chorób
zawodowych _____

6. Orzeczono czasową niezdolność do pracy
NIE/TAK* na ile dni _____

7. Orzeczono okresową niezdolność do pracy z powodu choroby/czasowo przeniesiony na inne stanowisko
pracy:
NIE/TAK* na ile dni _____

8. Stwierdzono stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu
NIE/TAK* na ile dni _____ %

8a. Wyplacono jednorazowe odszkodowanie
NIE/TAK*

8b. Przyznano świadczenia wyrównawcze z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu
spowodowanego chorobą zawodową

9. Przyznano rentę z tytułu częściowej/całkowitej* niezdolności do pracy spowodowanej skutkami choroby
zawodowej
NIE/TAK*

9a. Przyznano rentę szkoleniową
NIE/TAK* na ile dni _____

9b. Przyznano rentę okresową
NIE/TAK* na ile dni _____

9c. Przyznano rentę stałą
NIE/TAK*

10. Stwierdzenie choroby zawodowej dotyczy emeryta/rencisty/bezrobotnego *
NIE/TAK*

.....
data

.....
podpis

0.

4.