

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 <table border="1" style="width:100px; height:20px; margin: 5px auto;"><tr><td style="width:25px;"> </td><td style="width:25px;"> </td><td style="width:25px;"> </td><td style="width:25px;"> </td></tr></table>			
Numer identyfikacyjny- REGON pracodawcy	Województwo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienie na odwrócie Wysłać bez pisma przewodniego</i>		
	Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej			

NIE WYPEŁNIAĆ

1. 2. 3.
imię i nazwisko chorego płęć data urodzenia

0.

--	--	--	--

4.
adres chorego

4.

--	--	--	--

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
przeniesiono na inne stanowisko pracy/:

NIE/TAK* na ile dni

8. Stwierdzono stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu
NIE/TAK* w wysokości

8a. wypłacono jednorazowe odszkodowanie

NIE/TAK*

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

NIE/TAK*

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

NIE/TAK*

9a. Przyznano rentę szkoleniową

NIE/TAK*, na okres miesięcy

9b. Przyznano rentę okresową

NIE/TAK*, na okres miesięcy

9c. Przyznano rentę stałą

NIE/TAK*

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

NIE/TAK*

.....
data

.....
podpis

* Niepotrzebne skreślić