

<p>(nazwa i adres pracodawcy, w którego zakładzie pracy stwierdzono chorobę zawodową)</p>	Zawiadomienie o skutkach choroby zawodowej	Adresat: 1. Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, 2. Państwowy wojewódzki inspektor sanitarny Państwowej Inspekcji Sanitarnej w.....
	Numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>	
<p>(numer identyfikacyjny – REGON pracodawcy)</p>	Województwo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienia na końcu. Wysłać bez pisma przewodniego.
	Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:	

NIE WYPEŁNIAĆ

1. 2. 3. (imię i nazwisko chorego) (płeć – M lub K) (data urodzenia)	0. <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>
4. (adres chorego)	4. <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>
5. (pełne rozpoznanie choroby zawodowej) – pozycja w wykazie chorób zawodowych.....	
6. Orzeczono okresową 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...%.	
8.a Wyplącono jednorazowe odszkodowanie: NIE/TAK*. 8.b Przyznano świadczenia wyrównawcze z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową: NIE/TAK*.	
9. Przyznano rentę z tytułu częściowej/całkowitej* niezdolności do pracy spowodowanej skutkami choroby zawodowej: NIE/TAK*.	
9.a Przyznano rentę szkoleniową: NIE/TAK*, na okres... miesięcy.	
9.b Przyznano rentę okresową: NIE/TAK*, na okres... miesięcy.	
9.c Przyznano rentę stałą: NIE/TAK*.	
10. Stwierdzenie choroby zawodowej dotyczy emeryta/rencisty, bezrobotnego*: NIE/TAK*.	
..... (data) (podpis)

* – niepotrzebne skreślić	
---------------------------	--

Objaśnienia

Uwagi ogólne

1. Zawiadomienie wypełnia pracodawca zatrudniający pracownika, u którego stwierdzono chorobę zawodową po jego przystąpieniu do pracy lub po przyznaniu renty z tytułu niezdolności do pracy.
2. Formularz zawiadomienia należy wypełnić pismem maszynowym i po sprawdzeniu przesłać do państwowego inspektora sanitarnego wydającego decyzję w I instancji oraz do Zakładu Epidemiologii Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, ul. Św. Teresy 8, 90-950 Łódź, skr. poczt. 199.
3. Pracodawca nie wypełnia prawego marginesu zawiadomienia, jest to miejsce na kod i w związku z tym nie należy dokonywać na marginesie żadnych zapisów.
4. W pole oznaczone Numer identyfikacyjny – REGON pracodawcy należy wpisać dziewięciocyfrowy numer identyfikacyjny REGON pracodawcy, który należy uzyskać podczas oceny warunków pracy przeprowadzonej u pracodawcy.
5. W pole oznaczone Numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej należy wpisać kolejny numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej w danym roku kalendarzowym.
6. W pole oznaczone Województwo należy wpisać nazwę województwa, na terenie którego powstała choroba zawodowa.
7. W pole oznaczone Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej należy wpisać datę wydania decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

Uwagi szczegółowe

1. Pkt 5 – wpisać pełne rozpoznanie choroby zawodowej zgodnie z brzmieniem podanym w decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.
2. Pkt 6 – wpisać liczbę dni niezdolności do pracy w związku z chorobą zawodową.
3. Pkt 7 – wpisać liczbę dni okresowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub przeniesienia na inne stanowisko pracy.
4. Pkt 8 – wpisać % uszczerbku na zdrowiu orzeczonego przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
5. Pkt 8.a – wpisać wysokość jednorazowego odszkodowania wypłaconego w związku ze stwierdzeniem choroby zawodowej.
6. Pkt 8.b – zaznaczyć, czy przyznano świadczenia wyrównawcze w związku ze stwierdzeniem choroby zawodowej.
7. Pkt 9, 9.a–c – zaznaczyć, czy pracownikowi przyznano rentę z tytułu choroby zawodowej i podać, czy jest to renta z tytułu częściowej, czy całkowitej niezdolności do pracy oraz na jaki okres została przyznana.