

WZÓR

Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienia na odwrocie. Wysłać bez pisma przewodniego.

Nazwa i adres pracodawcy, u którego powstała choroba zawodowa pracownika:	ZAWIADOMIENIE O SKUTKACH CHOROBY ZAWODOWEJ	Adresaci:
	Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	
Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy:	Województwo:	
Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:		

NIE WYPEŁNIAĆ

1. (imię i nazwisko chorego)	2. (płeć)	3. (data urodzenia)
4. (adres chorego)		
5. (pełne rozpoznanie choroby zawodowej)		
5a. Pozycja w wykazie chorób zawodowych		
6. Orzeczone czasową niezdolność do pracy NIE/TAK*) na ile dni		
7. Orzeczone czasowe ograniczenie zdolności do pracy (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*) w wysokości		
8b. 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*)		
9a. Przyznano rentę szkoleniową NIE/TAK*) na okres miesięcy		
9b. Przyznano rentę okresową NIE/TAK*) na okres miesięcy		
9c. Przyznano rentę stałą NIE/TAK*)		

0.

4.

10. Stwierdzenie choroby zawodowej dotyczy emeryta

NIE/TAK^{*)}

.....
(data)

.....
(podpis pracodawcy lub osoby
upoważnionej przez pracodawcę)

^{*)} Niepotrzebne skreślić.

OBJAŚNIENIA **do wypełniania zawiadomienia o skutkach choroby zawodowej**

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 komputerowym.
3. W polu oznaczonym „Adresaci:” należy wpisać Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera w Łodzi, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, oraz nazwę i adres odpowiednio: państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, państwowego granicznego inspektora sanitarnego, państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, państwowego inspektora sanitarnego, 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), komendanta wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej albo inspektora wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej, który wydał decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej w I instancji.
4. Pracodawca nie wypełnia prawego marginesu zawiadomienia; jest to miejsce na kod i w związku z tym nie należy dokonywać na marginesie żadnych zapisów.
5. W polu oznaczonym „Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy:” należy wpisać dziewięciocyfrowy numer identyfikacyjny REGON pracodawcy.
6. W polu oznaczonym „Nr decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej” należy wpisać kolejny numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej w danym roku kalendarzowym.
7. W polu oznaczonym „Województwo:” należy wpisać nazwę województwa, na którego terenie powstała choroba zawodowa.
8. W polu oznaczonym „Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:” należy wpisać datę wydania decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

Uwagi szczegółowe:

- | | |
|-------|---|
| pkt 2 | Wpisać kod – M (mężczyzna) lub K (kobieta). |
| pkt 5 | Wpisać pełne rozpoznanie choroby zawodowej zgodnie z brzmieniem podanym w decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej. |
| pkt 8 | Wpisać procent uszczerbku na zdrowiu orzeczonego przez lekarza orzecznika ZUS. |