

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 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy:	Województwo:				
	Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej:				

NIE WYPEŁNIAĆ

1. 2. 3.
 (imię i nazwisko chorego) (płeć) (data urodzenia)

4.

 (adres chorego)

5.

 (pełne rozpoznanie choroby zawodowej)

5a. Pozycja w wykazie chorób zawodowych

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

7. Orzeczono 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.