

Rejestr podejrzeń, rozpoznań i stwierdzeń związku poszczególnych chorób ze służbą

Lp.	Nazwisko i imię funkcjonariusza	PESEL	Adres zamieszkania	Jednostka organizacyjna	Jednostka organizacyjna, w której rozpoznano chorobę	Data zarejestrowania podejrzenia związku chorób ze służbą	Data orzeczenia komisji lekarskiej o rozpoznaniu i stwierdzeniu związku poszczególnych chorób ze służbą lub braku podstaw do rozpoznania i stwierdzenia związku tych chorób ze służbą
1	2	3	4	5	6	7	8