

pieczęć zgłaszającego

Zakład Opieki Zdrowotnej  
Medycyny Pracy  
Służby Więziennej  
w .....

### **Zgłoszenie podejrzenia związku choroby ze służbą**

Imię i nazwisko ..... data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

numer ewidencyjny PESEL .....

Aktualne miejsce pełnienia służby

.....  
(nazwa jednostki organizacyjnej Służby Więziennej)

funkcjonariusz – funkcjonariusz, którego stosunek służbowy ustał\*)

Miejsce zatrudnienia, w którym wystąpiło zagrożenie będące powodem zgłoszenia  
podejrzenia związku choroby ze służbą

.....  
(nazwa jednostki organizacyjnej Służby Więziennej)

Stanowisko służbowe .....

Pełna nazwa choroby, której dotyczy zgłoszenie .....

Pozycja trzynakowa jednostki chorobowej według ICD-10 .....

Rodzaj narażenia zawodowego, które wskazuje się jako przyczynę związku choroby ze służbą

Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby  
w związku ze służbą .....

Uzasadnienie podejrzenia choroby w związku ze służbą .....

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(imię i nazwisko osoby zgłaszającej podejrzenie choroby w związku ze służbą)

---

\*<sup>1</sup>) Niepotrzebne skreślić.