

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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <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. 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.

--	--	--

