••	• • •	•	••	••	••	• •		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
(ı	pi	e	cz	zę	ć	1	i	r	ı	r	יַו	y)																				

REJESTR ZACHOROWAŃ NA CHOROBY ZAWODOWE I PODEJRZEŃ O TAKIE CHOROBY

Lp.	Imię i nazwisko pracownika chorego na chorobę zawodową lub podejrzanego o taką chorobę	Stanowisko – staż pracy na tym stanowisku	Data stwierdzenia choroby zawodowej lub zgłoszenia podejrzenia o taką chorobę	Data i nr decyzji Państwowego Inspektora Sanitarnego	Nazwa lub nr statystyczny choroby zawodowej	Skutki choroby zawodowej	Data wysłania zawiadomienia o skutkach choroby zawodowej do Instytutu Medycyny oraz właściwego Inspektora Sanitarnego	Wnioski w zakresie poprawy stanu bhp, jeżeli choroba powstała wskutek pracy w tym zakładzie pracy
1	2	3	4	5	6	7	8	9