REJESTR ZACHOROWAŃ NA CHOROBY ZAWODOWE I PODEJRZEŃ O TAKIE CHOROBY

……..

(rok)

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