**REJESTR**

**ZACHOROWAŃ NA CHOROBY ZAWODOWE I PODEJRZEŃ O TAKIE CHOROBY**

**w firmie *………………………………………………***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Imię i nazwisko pracownika chorego na chorobę zawodową lub podejrzanego o taką chorobę*** | ***Data stwierdzenia choroby zawodowej lub zgłoszenia podejrzenia o taką chorobę*** | ***Data i numer decyzji Państwowego Inspektora Sanitarnego*** | ***Nazwa lub numer statystyczny choroby zawodowej*** | ***Skutki choroby zawodowej*** | ***Data wysłania Instytutowi Medycyny w Łodzi oraz właściwemu inspektorowi sanitarnemu zawiadomienia o skutkach choroby zawodowej*** | ***Wnioski w zakresie poprawy stanu BHP, jeżeli choroba powstała wskutek pracy w tym zakładzie*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |