REJESTR ZACHOROWAŃ NA CHOROBY ZAWODOWE I PODEJRZEŃ O TAKIE CHOROBY

Lp.	Imię i nazwisko pracownika	Stanowisko – staż pracy na tym stanowisku	Data zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej lub orzeczenia lekarskiego o rozpoznaniu choroby zawodowej	Nazwa jednostki, która wydała orzeczenie	Data i nr decyzji	Pozycja w wykazie chorób zawodowych oraz skutki choroby zawodowej	Przyczyny powstania choroby zawodowej; charakter i rozmiar zagrożenia tą chorobą	Data przesłania zawiadomienia o skutkach choroby zawodowej do Instytutu Medycyny Pracy oraz właściwego Inspektora Sanitarnego o skutkach choroby zawodowej	Zastosowane środki w zakresie poprawy warunków środowiska pracy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10