REJESTR ZACHOROWAŃ NA CHOROBY ZAWODOWE O PODEJRZEŃ O TAKIE CHOROBY:

L.p.	Imię i nazwisko pracownika chorego chorego na chor. zawodową lub podejrzanego taka chorobę (stanowisko pracy)	Data podejrzenia choroby zawodowej	Rodzaj pracy wykonywanej przez pracownika, przebieg pracy zawodowej, zagrożenia występujące na stanowisku pracy	Data, nr, treść decyzji Państwowego Inspektora Sanitarnego	Nazwa lub nr statystyczny choroby zawodowej	Skutki choroby zawodowej	Data wysłania właściwym organom zawiadomie-nia o skutkach choroby zawod.	Uwagi wnioski