

8a. Wyplacono jednorazowe odszkodowanie:

NIE/TAK*

8b. Przyznano świadczenia wyrównawcze z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową

NIE/TAK*

9. Przyznano rentę z tytułu częściowej/całkowitej* niezdolności do pracy spowodowanej skutkami choroby zawodowej

NIE/TAK*

9a. Przyznano rentę szkoleniową

NIE/TAK*, na okres miesięcy

9b. Przyznano rentę okresową

NIE/TAK*, na okres miesięcy

9c. Przyznano rentę stałą

NIE/TAK*

10. Stwierdzenie choroby zawodowej dotyczy emeryta/rencisty/bezrobotnego ... *

NIE/TAK*

.....
data

.....
podpis

* Niepotrzebne skreślić.