

Warszawa, dnia

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia
Adres zamieszkania

Do
(Kierownik jednostki organizacyjnej)
.....
.....

**ZGŁOSZENIE POGORSZENIA STANU ZDROWIA
UNIEMOŻLIWIAJĄCEGO WYKONYWANIE
DOTYCHCZASOWEJ PRACY**

Zgłaszam niemożliwość dalszego wykonywania dotychczasowej pracy na stanowisku

.....
..... z dniem z powodu *):

szkodliwego wpływu wykonywanej pracy na moje zdrowie (w trybie § 6 pkt 1
Rozporządzenia MZiOS z dnia 30.05.1996 roku w sprawie przeprowadzania badań
lekarskich pracowników [....]) (Dz. U 1996 poz. 69 poz. 332 z późn. zm.)

.....
podać powód
.....

- 1) ciąży i okresu karmienia (art. 179 § 3 Kodeksu Pracy);
- 2) występowania objawów wskazujących na powstanie choroby zawodowej (art. 230 § 1 Kodeksu pracy);
- 3) wypadku przy pracy lub stwierdzonej choroby zawodowej pracownika, który nie został uznany za niezdolnego do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z FUS (art. 231 Kodeksu pracy).

.....
Podpis osoby zgłaszającej

*) Odpowiednie podkreślić.