

Warszawa, dnia

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Do
(Kierownik jednostki organizacyjnej)

.....

.....

ZGŁOSZENIE NIEMOŻLIWOŚCI WYKONYWANIA DOTYCHCZASOWEJ PRACY

Zgłaszam niemożliwość dalszego wykonywania dotychczasowej pracy na stanowisku

.....

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

1) szkodliwego wpływu wykonywanej pracy na moje zdrowie (art. 55 § 1 Kodeksu pracy)

-
podać powód

-

2) ciąży i okresu karmienia (art. 179 § 3 Kodeksu Pracy);

3) występowania objawów wskazujących na powstanie choroby zawodowej (art. 230 § 1
Kodeksu pracy);

4) 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.