##### *FIŞA DE DECLARARE A CAZULUI DE BOALĂ PROFESIONALĂ BP2*

Nr. ...................... / ............... / 2023

Judeţul

Localitatea

Directia de sanatate publica:

Numele şi prenumele (cu initiala tatalui)

###### CNP , cetatenie:

**UNITATE ANGAJATOARE** (denumire completa**) –**

**ADRESA COMPLETĂ A UNITATII –**

**COD CAEN¹ - ; CIF-**

###### Secţia, atelierul, postul de lucru -

###### COD OCUPAŢIE ACTUALĂ²) – --

###### COD OCUPAŢIE CARE A GENERAT BOALA²) –

Status socioprofesional (pensionar de invaliditate, pensionar de varsta, persoana cu handicap, angajat cu unul sau mai multe contracte de munca –

###### Vechimea în ocupaţia care a generat boala -

 Data semnalării –

Unitatea care a semnalat diagnosticul prezumtiv de boala profesionala:

Diagnosticul de boala profesionala precizat completᵌ) [codificarea radiologica in cazul diagnosticului de pneumoconioza⁴⁾, codificare CIM]:

 ᵌ⁾Denumire completa conform tabelului cu bolile profesionale cu declarare obligatorie in vigoare

 ⁴⁾Dupa caz.

Comisie de pneumoconioze: nr. registru/data: -

Data declarării (anul, luna, ziua ) -

Factorul de risc profesional (circumstanţe ) :

Recomandari:

Bolnavul a decedat (da, nu ): daca DA , la ce data:

Starea de gravitate (incapacitate temporara, incapacitate permanenta, neprecizata)

Rezultatul cercetarii s-a consemnat in Procesul-verbal nr.......din data. **..................**

Fisa de declarare a cazului de boala profesionala BP2 s-a intocmit in 6 exemplare, pentru directia de sanatate publica judeteana si a municipiului Bucuresti, lucratorul diagnosticat cu boala profesionala, medicul de Medicina Muncii din clinica/sectia spitalelor care a semnalat imbolnavirea, inspectoratul teritorial de munca, Centrul national de monitorizare a riscurilor din mediul comunitar – Sectia sanatate ocupationala si informare toxicologica din cadrul Institutului National de Sanatate Publica si asiguratorul la nivel teritorial.

Data completarii: .......

Medic Medicina Muncii

Cod parafa:

(semnatura si parafa)