

38	Korištenje osobnih zaštitnih sredstava	Je li bilo naređeno korištenje osobnih zaštitnih sredstava (da-ne)	
39		Jesu li korištena osobna zaštitna sredstva (da-ne)	
40	Da li su primijenjena osnovna pravila zaštite na radu (da-ne)		
41	Da li su primijenjena posebna pravila zaštite na radu (da-ne)		

IV. PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODITELJU

42	Ime, prezime i funkcija	
43	Adresa prebivališta	

Klasa: _____
 Ur. broj: _____
 Mjesto: _____
 Datum podnošenja prijave: _____

Da li je obaviještena služba inspekcije rada (da-ne)	
--	--

Ime, prezime i funkcija odgovorne osobe	M.P.	Potpis odgovorne osobe

V. IZVJEŠĆE IZABRANOG DOKTORA MEDICINE PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

44	Ime i prezime, te šifra izabranog doktora medicine oboljele osobe	
45	Naziv i adresa, te šifra zdravstvene ustanove, odnosno privatne ordinacije izabranog doktora medicine	
46	Naziv zdravstvene ustanove, odnosno privatne ordinacije medicine rada, te doktora medicine rada koji su utvrdili postojanje profesionalne bolesti	
47	Evidencijski broj profesionalne bolesti u zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj ordinaciji medicine rada	
48	Dijagnoza i šifra profesionalne bolesti prema važećoj MKB	