

Obrazac 5
EVIDENCIJA O BOLESTIMA U VEZI SA RADOM

Poslovno ime ili firma radnje poslodavca	Adresa sedišta poslodavca	PIB poslodavca

Redni broj	Ime i prezime obolelog	Naziv radnog mesta na kome je oboleli radio kada je utvrđeno oboljenje u vezi sa radom	Dijagnoza i međunarodna šifra oboljenja u vezi sa radom	Naziv zdravstvene ustanove koja je izvršila pregled obolelog	Stepen telesnog oštećenja	Preostala radna sposobnost obolelog za dalji rad
1.						
2.						
3.						
4.						

	M.P.	
Lice za bezbednost i zdravlje na radu		Poslodavac