turva

# ILMOITUS AMMATTITAUDISTA

Perustuu tammikuun 1. päivänä 2016 voimaan tulleeseen työtapaturma-ja ammattitautilakiin

## 1. TYÖNANTAJAA KOSKEVAT TIEDOT

**Työnantajan nimi (yrityksen virallinen nimi)**

| **Lähiosoite** | **Postinumero** | **Postitoimipaikka** |
|---|---|---|
| **Puhelin** | **Y-tunnus** | |
| **Toimiala** | **Vakuutusnumero** | |
| **Pankkiyhteys: tilinumero IBAN-muodossa** | **Yrityksen yksikkö tai osastokoodi** | |

## 2. VAHINGOITTUNUTTA KOSKEVAT TIEDOT

| **Sukunimi ja etunimi** | | | **Henkilötunnus** |
|---|---|---|---|
| **Lähiosoite** | **Postinumero** | **Postitoimipaikka** | **Kieli** ☐ **su** ☐ **ru** |
| **Puhelin** | **Sähköpostiosoite** | | |
| **Ammatti** | **Pankkiyhteys: tilinumero IBAN-muodossa** | | |

**Omistaako vahingoittunut yritystä?** ☐ ei ☐ kyllä

Asema yrityksessä _____

Omistusosuus ja äänimäärä yksin ja perheenjäsenten kanssa %

| **Vakituinen työpaikka: kunta ja osoite** | **Kansalaisuus** |
|---|---|

## 3. AMMATTITAUTIA KOSKEVAT TIEDOT

**Mitä oireita työntekijällä on ja mikä niiden aiheuttaja on (esim. kemiallisen aineen nimi)? Mitkä ovat työntekijän työtehtävät ja olosuhteet, joissa altistus on tapahtunut?**

**Missä yrityksen työterveyshuolto on järjestetty (nimi- ja osoitetiedot)?**

**Milloin oireista on ilmoitettu työnantajalle (pvm)?**

**Ensimmäinen lääkärikäynti oireiden vuoksi: pvm, hoitopaikan nimi ja osoite:**

**Vahingon laatu, lomakkeen täyttäjän näkemys riittää (esim. meluvamma, ihottuma)**

## 4. TYÖSUHDETTA KOSKEVAT TIEDOT

| ☐ **Toistaiseksi jatkuva työsuhde**<br>Työsuhteen alkamispäivä: | ☐ **Määräaikainen työsuhde**<br>Mille ajalle työsuhde oli tehty: |
|---|---|
| ☐ **päätoimi** ☐ **sivutoimi** | **Viikoittainen työaika** |

**Työsuhteesta ja palkasta antaa lisätietoja (esim. palkanlaskija, nimi, puhelin, sähköpostiosoite)**

**Onko samanaikaisesti muita työnantajia?**
☐ ei ☐ kyllä, työnantajan nimi- ja yhteystiedot:

**Onko vahingoittunut toiminut samanaikaisesti yrittäjänä?**
☐ ei ☐ kyllä; ☐ maatalousyrittäjänä ☐ muuna yrittäjänä

**Onko vahingoittunut:**
☐ opiskelija; ilmoittakaa oppilaitos: _____

☐ eläkeläinen; millä eläkkeellä ja mistä alkaen:

## 5. ALLEKIRJOITUS

**Altistumista koskevia lisätietoja antaa (esim. esimies, työnjohtaja; nimi, osoite, puhelin ja sähköpostiosoite)**

| **Paikka ja päiväys** | **Työnantajan/työnantajan edustajan allekirjoitus, puhelinnumero ja sähköpostiosoite** |
|---|---|