

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. VAHINGOITUNUTTA KOSKEVAT TIEDOT	Sukunimi ja etunimi		Henkilötunnus	
	Lähiosoite		Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelin		Kieli <input type="checkbox"/> su <input type="checkbox"/> ru	
	Sähköpostiosoite			
	Ammatti		Pankkiyhteys: tilinumero IBAN-muodossa	
	Omistaako vahingoittunut yritystä? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Toistaiseksi jatkuva työsuhde		<input type="checkbox"/> Määräaikainen työsuhde	
	Työsuhteen alkamispvm: _____		Mille ajalle työsuhde oli tehty: _____	
	<input type="checkbox"/> päätoimi <input type="checkbox"/> sivutoimi		Viikoittainen työaika _____	
	Työsuhteesta ja palkasta antaa lisätietoja (esim. palkanlaskija; nimi, puhelin, sähköpostiosoite)			
	Onko samanaikaisesti muita työnantajia? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, työnantajan nimi- ja yhteystiedot: _____			
	Onko vahingoittunut toiminut samanaikaisesti yrittäjänä? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä; <input type="checkbox"/> maatalousyrittäjänä <input type="checkbox"/> muuna yrittäjänä			
	Onko vahingoittunut: <input type="checkbox"/> opiskelija; ilmoittakaa oppilaitos: _____ <input type="checkbox"/> 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	