

## ZAPIS WYJAŚNIĘŃ POSZKODOWANEGO

Par/ni [redacted] urodzony/a ..... (data urodzenia)  
(imię i nazwisko) ..... (data urodzenia)

w ..... zamieszkały/a w .....  
ul. ...., zatrudniony/a w Samozaakademie.

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport) .....  
(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu ..26.10.2024r.....  
uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam,  
co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 26.10.2024r. ....  
ok. godz. 17.00
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 7.00  
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 10.00  
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane  
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): Tąmyż. sę sprawadzaniem z rebołu  
maszyn. udzielając informacji. samochodem. dostawczym. z kontem. Kierowcy....  
maszyn. do. kierowcy. Kierowcie przewozić je. w jedno. miejscu. W. zapisywaniem  
aktów. garażu. Ekipage. maszyn. Kierowce. kierowcy. na. czas. Kierowcy  
Samochodem. Czyniowym. transportem. je. do. Polski. Gdy już. komplet. dotarło do  
miejsc. praktyka. sklepu. elementy. Zostały. wyprodukowane....
3. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis przyczyny techniczne, ludzkie, organizacyjne)  
– należy uzupełnić, jeżeli w zawiadomieniu o wypadku nie zostały szczegółowo opisane  
okoliczności i przyczyny wypadku: Podczas. realizowania. elementów....  
z. samochodu. kierowcą. sklepu. z. maszyn. z. częścią. maszyny  
Pracownicy. zatrudnieni. mi. się. z. podstawiania. płyty. i. placu. z. czerwienią. z. ją.  
Pracownicy. pracowali. kół. w. sklepie. Praktyka. z. podwiesi. ale....

ból... był... mie... da... znieścia... zakładem... dla... zby...  
(.....), ktor... byc... u... tym... czasie... m... dawa... przes...  
nabych... iest... do... mnie... Pomog... mi... o... b... do... domu... (byc... bedz...  
trudno... iść...). Chciał... skońc... kuch...y... przykuc... ale... wentrem...  
że... to... moze... tylko... stuc...on...k... z... moze... bol... minie... Przyp...iem  
nas... nast...pnego... dnia... (22.02.2010)... m... byc... m... d...y... op...oc...y...  
W...c... 2010... joma... z...m...ia... m...ic... da... szp...iale... H... [redacted]

4. Wypadek powstal podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: tak / nie\*

- nazwa, typ urządzenia, data produkcji

- czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób):

5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak / nie\*  
– rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): *buty... (z podszewką antypoślizgową)*  
– czy stosowane środki były właściwe i sprawne: ...*tak*.....

6. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: tak / nie\*  
– czy istniał obowiązek wykonywania pracy, przez co najmniej 2 osoby: ...*Nie*.....

7. W trakcie pracy przestrzegalem/am zasad BHP: tak / nie\*

8. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: tak / nie\*

9. Odbyłem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / nie\*  
– posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: *tak / nie\**  
– stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: *buty... (z podszewką antypoślizgową), zastrzelenie... palce... fala... skórka, ty... zwiększyć dyskore... kąt pomiędzy żenami, aby stóje... zdelekty... zatrzymać... krepicune... schodzić... jeli... po... zdroblić.*

10. W chwili wypadku ~~byłem/sem~~\* nie byłem/sem\* w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych.  
Stan trzeźwości w dacie wypadku: *badany przez organ policji / badany w czasie udzielania pierwszej pomocy lekarskiej / nie był badany\**.

11. W sprawie ~~były / nie były~~\* podjęte czynności wyjaśniające przez organy kontroli państowej – tj. policji, prokuratury, inspekcji pracy, dozoru technicznego, inspekcji sanitarnej, straży pożarnej (jeżeli tak, należy podać przez jakie – adres, nr sprawy / decyzji, stan sprawy – zakończone / w trakcie / umorzone itp.)

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu - w dniu: 26.10.2024r.
  - nazwa placówki służby zdrowia: Samodzielna...Republika...Zespoł...  
Zakład...Opieki...Zdrowia...i u...[redacted]
  - okres i miejsce hospitalizacji: 27.10.2024r. S.P.Z.Z.OZ.u...[redacted]  
.....
  - rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: Skrg.cenie...skur...  
kolana...prawego
  - niezdolność do świadczenia pracy: 26.10.2024r. - Mada...na...  
zwołaniem
  - w dacie wypadku przebywalem/am / nie przebywalem/am na zwolnieniu lekarskim
- .....

20.03.2025r.

20.03.2025r.  
 (miejscowość i data)

(podpis)

