

Wpłynęło 2025-06-18 1

SEL

## ZAPIS WYJAŚNIĘĆ POSZKODOWANEGO

Wpłynęło 2025-06-2

Pan/i

(imię i nazwisko)

Podpis

W.

urodzony/a

.....

.. zamieszkały/a w .....

ul. ...., zatrudniony/a w .....

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

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 2025.06.2025  
uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam,  
co następuje:

1. Data miejsce i godzina wypadku: 2025.06.2025 godz. 18.30

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 8.00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 22.00

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane  
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej):

Pracowanie kierowcy obuwie

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: Znakaj

Słownie jest ciupmy 9-16 czołgność obie klienta  
Po zatrzymaniu lokalu dalej wykonywanie  
wstępnej naprawy obuwie o której godziny 18-tej

otynkiem telefon od hiszpanii, klim mierze od 0 do 1100  
od 1km do 2 metry o doładowanie napotka z kosty  
firmy. Wysokość ten typu wyciągiem nie może być  
i nadal jest do hiszpanii. Do końca życia te dokumenty  
do hiszpanii i wrócić do clerm - hiszpanii. Moga  
z siedem i dwie i właściwie do pasek  
potknąć się o stopy przed wejściem do pracowni  
(Wysokość stopy jest od 20-25 cm z kostką.)  
Przenośnictwem się do pracowni nadniesie tło na  
prawym bankiem o tło na kostkę bankowej  
ustawieniu by zatrzymać dwoje z nosa, potknąć  
mi znowu. Spadnie głowotok z nosa i uderzenie do pracy  
Będzie koniec i kontynuacja od 2000 do 20000  
na SOR w Sieciach, tam zauważono zagubę głowy  
poświętne banki i żelenie. Stosunkowo skuteczne  
stare banki i do końca skierowane do konsultacji  
onkologicznej i od lekarza. Miesiąc znajdująca lekarskie  
Po zakończeniu dalszych badań ontoperuji piersi antycz  
i świdnickie po kisze gązki wypukły kosti ramiennych  
i do końca głębią próbując nowego lekarza.

4. Wypadek powstał 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 / nie dotyczy\*  
– rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): .....
- .....
- czy stosowane środki były właściwe i sprawne: .....
6. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: tak nie / nie dotyczy\*  
– czy istniał obowiązek wykonywania pracy, przez co najmniej 2 osoby: .....
- .....
7. W trakcie pracy przestrzegałem/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: .....
- .....
- .....
10. W chwili wypadku byłem/am / nie byłem/am\* 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: 3.05.2025 ✓
- nazwa placówki służby zdrowia: .....
- okres i miejsce hospitalizacji: .....
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: pg Kuscie Borki
- niezdolność do świadczenia pracy: 30.5.2025 – 28.07.2025 ✓
- w dacie wypadku przebywałem/am nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

✓

(miejscowość i data)

18.05.2025 ✓

✓

(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

(podpis i pieczętka)

\* niepotrzebne skreślić