

ZAPIS WYJAŚNIENIŃ POSZKODOWANEGO

Pan/i urodzony/a
(imię i nazwisko) (data urodzenia)

W 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 30.05.2025

uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam,
co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 30.05.2025 o 9⁰⁰

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 6⁰⁰

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 17⁰⁰

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

..... NADZOR BHP DLA FIRMY

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:

..... W DNIU 30.05.25 ROZPOCZĘCIEM PRACY
OD GODZ. 6⁰⁰ W ZAKŁADZIE W-KŁUCIE
W ZAMACHU NADZORU BHP DLA

FIRMY

OKOŁO GODZINY 9⁰⁰ DODCIAS RUTYNNY
CO DZIENNY KONIZOLI BHP NA
ODCIENIACH PRONADIONY PRAC, DZIECHODAC
POD / NADCIEM DO
NIE OIADKONANEGO I NIE OIADKONANEGO
OTKROU TECHNOLOGICZNEGO
OTKROU MIPU GŁĘBOKOŚĆ 0,60m.
NAD NADCIEM PRANA NOGA I CAŁYM
CIĘŻARZEM POCIŁEM SIŁNY BSC
I NIE BYŁEM JUŻ W STANIE STANIE
NA BYŁEJ NODIE
ŚNADKONIE CAŁEGO IADKONAN PRZEBYWAŁ
MONE W BEZPIECZNE MIEJSCIE
NOGA ZACIĘKA DUCNADCI A BSC NIEKSIADKONAN
SAMOCHODEM FIRMOWYM WŁADKI I OIADKONAN
ODNIEŻIONY DO SOP - OLCUSI CELEM
ZDIAGNOSTYKOWANIA URAJU
PO PRZESNIEŻENIU RIG - SINIEŻDIONO
ZGAMNIE KOSCI PIĘTY PRANEJ NOGI
DO DNIA OIADKONAN PRZEBYWAŁ NA
ZMOLNIENIU LECARSKIM
W DNIA 01.08.2025 MAM SIĘ KŁOSIĆ
NA NIKIYI KONIZOL - SPIDAL DG

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: **TAK**.....
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 przedmiotowych zadań związanych z prowadzeniem działalności: ~~tak / nie*~~
9. Odbylem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: ~~tak / nie*~~
– posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: ~~tak / nie*~~
– stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka:
SOI.....
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 państwowej – 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: 30. 05. 2025
- nazwa placówki służby zdrowia: JOP - I
..... NOWY SPITAL N
- okres i miejsce hospitalizacji:
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej:
..... ZŁAMANIE KOŚCI RĘKTY - DRAWA NOGA
- niezdolność do świadczenia pracy: DO 01.08.2025
- w dacie wypadku ~~przebywałem/am~~/ nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

DC. 03.07.2025
(miejscowość i data)

.....
(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręcznie podpisu

.....
(podpis i pieczęć)

* niepotrzebne skreślić