

Znak :

79

## Opinia w sprawie prawnej kwalifikacji wypadku

Nazwisko i imię poszkodowanego

Kwestia do rozstrzygnięcia: uznanie zdarzenia w dniu 10 czerwca 2025 r. za wypadek przy pracy /art. 3 ust. 3 pkt 8/

Czy uznać zdarzenie z dnia 10 czerwca 2025 r. za wypadek podczas:

- wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności;
- ~~wykonywania zwykłych czynności związanych ze współpracą przy prowadzeniu pozarolniczej działalności;~~
- ~~wykonywania pracy na podstawie umowy uaktywniającej, o której mowa w ustawie z dnia 4.02.2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3~~

lub w drodze do lub z miejsca:

- ~~wykonywania pozarolniczej działalności;~~
- ~~współpracy przy prowadzeniu pozarolniczej działalności;~~
- ~~wykonywania pracy na podstawie umowy uaktywniającej, o której mowa w ustawie o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3<sup>4)</sup>~~

Wniosek:

W oparciu o całość przedłożonej dokumentacji, proponuję :  
uznać zdarzenie w dniu 10 czerwca 2025 r. za wypadek przy pracy.

Uzasadnienie:

Pani I prowadzi działalność logopedyczną. W dniu 10-06-2025 r. ok. godz. 17:30 jechała na rolkach na wizytę domową do pacjentki na ul. Na ścieżce rowerowej najechała na kamień i upadła doznając urazu ręki. Bezpośrednio po zdarzeniu zgłosiła się do szpitala w gdzie rozpoznano przestawowe złamanie nasady dalszej kości promieniowej lewej.

.....  
(Data, pieczęćka i podpis osoby opracowującej)

Opinia osoby uprawnionej do aprobaty

*Uznać zdarzenie z dnia 10.06.2025. za wypadek przy  
prowadzeniu działalności po podanej*

STARSZY / PRACOWNIK 2025 -09- 18  
.....  
(Data, ..... uprawnionej do aprobaty)

**Opinia osoby uprawnionej do superaprobaty**

zgodnie z wnioskiem j.n. Skłócone dokumentacje uszczadnie  
m. 2 uamie zdarzenie n. dniu 10.06.2015 ze wypadku przy pracy  
określony w art 3 ust 3 pkt 8 ustawy wypadkowej

STARSZY SPECJALISTA

2025-09-19

(Data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

**Opinia Konsultanta\***

(Data, pieczęć i podpis konsultanta)

**Opinia Z-cy Dyrektora ds. Świadczeń\***

(Data, pieczęć i podpis Z-cy Dyrektora ds. Świadczeń)

**Decyzja osoby uprawnionej do superaprobaty \***

(Data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

1) niepotrzebne skreślić

2) wypełnić w zależności od stanu sprawy