

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

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

W zamieszkały/a w

ul. zatrudniony/a w Poradnictwo dla gosp. o zakresie
Asystent Transportowe
Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 31.08.2025 r.

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 31.08.2025 r. ul.
 godz. ok. godz. 20⁰⁰
19³⁰

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku:
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 23³⁰

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykłe czynności związane
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): od godz. 19³⁰

przebiegiem samochodu ciężarowego IVFEO
do garażu z torowiskiem do do miasta
podstawowej. dzielił tam wybudować elementy
władzy. Także w odwiec. obrotu. sprawdzaniu sta.
Atak. techniczny pojazdu, sprawdzaniu murowania torowisk

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: przed przebiegiem
Okolice godz. 20⁰⁰ wchodzi do kabiny samochodu
ciężarowego. Nagle ma ostry skok
poślizgnięcia. Stę i upadkiem ma prawie 100%

dochując trawienia objawy. Wprowadziłem mu
 zieleń. Po pewnym czasie ból ostry w brzuchu
 nie mógłem mieć więcej. Po chwili
 podniósł się z łóżka, stwierdziłem, że
 dalej jechać jest niemożliwe. Wskazał się
 do domu i znowu zawołał mnie do
 szpitala w Ostrowi-Elan. Nie SOR. Tam
 zrobiono mi RTG i lekko stwierdził
 trawienie objawy przewoju. Wskazał mi
 tenblak i dodał lek p/żłocze.
 Dyktatorzy gospodarstwa - kierowcy transportu
 prowadzą sobie, nie sądzili, że przewoju,
 więc wózek okazywał się przy prowadzeniu
 dyktatorzy. Spada na niego wózek, wózek
 wózek tożsamy, naprawa samolotu.

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: ~~tak~~ / nie*

– nazwa, typ urządzenia, data produkcji nie dotyczy

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

nie dotyczy

5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak / ~~nie~~ / ~~nie dotyczy~~*
 – rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): *odzież i obuwie, buty i obuwie, kaski*
 – 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: *nie dotyczy*
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: *stosowanie odzieży i obuwia, buty, kaski, zachowanie ostrożności*
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 policyjny~~ / ~~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.)

nie dotyczy

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 31. 08. 2015
- nazwa placówki służby zdrowia: SP2202 0 [] SOR
- okres i miejsce hospitalizacji: Nie dotyczy
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: Złamanie obojczyka
prawego
- niezdolność do świadczenia pracy: od 31.08.2015 - do 29.09.2015
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim
Nie dotyczy

[] 16.09.2015
(miejscowość i data)

[]
(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręcznie podpisu

[]
16
(odpis i pieczęć)

* niepotrzebne skreślić