

Załącznik nr 1 do Procedury
 Obsługa zawiadomienia o wypadku
 wydanej pismem okólnym Nr 2
 Dyrektora Departamentu Świadczeń Emerytalno-
 Rentowych z dnia 3 września 2015 r.
 Wersja Procedury 1.1

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

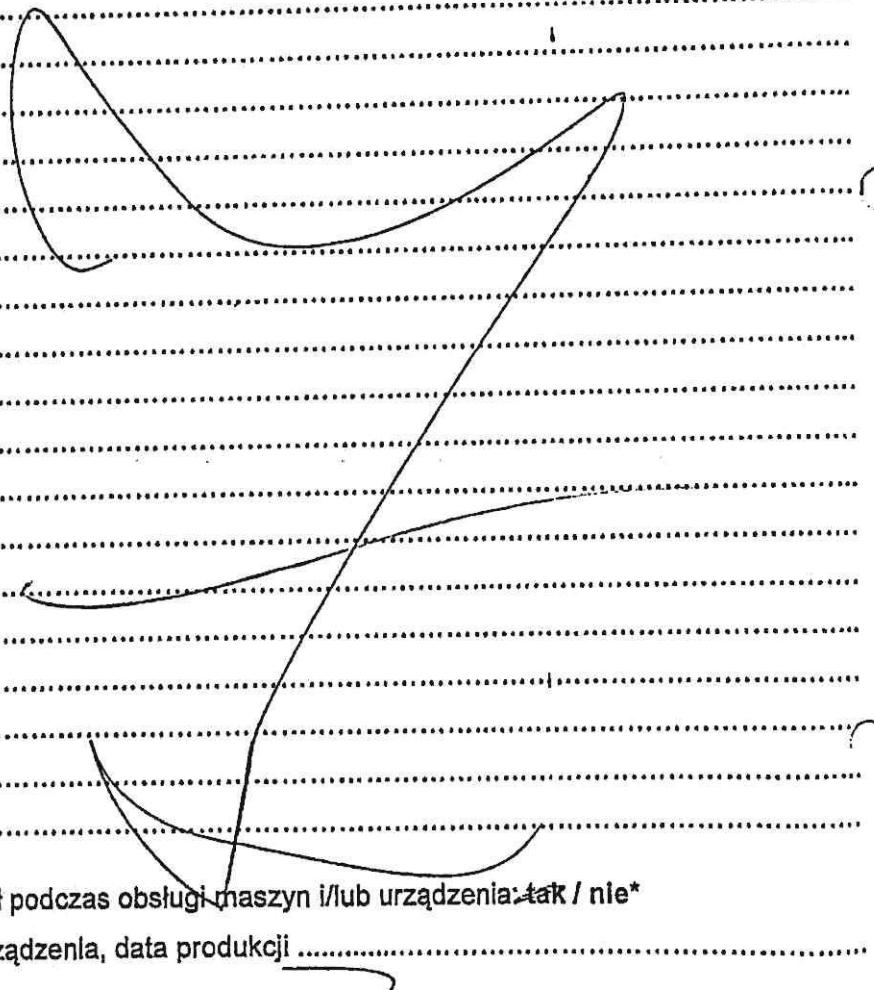
3

/rodzaj dokumentu seria numer/

W związku z wypadkiem jakim uległem/uległam w dniu 19.11.2014r.,
 uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej za składanie falszywych zeznań oświadczam,
 co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 19.11.2014r., 11 godz. 40'
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 9:00.
 Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 17:30.
 Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (wykaz czynności związane
 z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): Do momentu
wypadku poszkodowany przeleciał nad terenem
skoczu i poza tym połykającą głębokość aby
potwierdzić obecność na pracy.
3. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis i przyczyny techniczne, ludzkie,
 organizacyjne): Po czasie drogi której pokonał
poszkodowany w celu połówki głębi

przy czynniku by potocząć swoje
obecne w mojej doszło do połknięcia
się o metalowy pret, który wstaje
z betonowych płyt. Po połknięciu
się doszedł do wypadku ma reke
lewy.



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

– nazwa, typ urządzenia, data produkcji

[Handwritten signature or mark over the line]

– czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jakim sposobie):

-
.....
5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak / nie / nie dotyczy*
– rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): skośki, odzież ochronna, buty
– 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: Z
-
.....
7. W trakcie pracy przestrzegalem/am zasad BHP: tak / nie tak
8. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego 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: Z
-
.....
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: 19.11.2011r.

- nazwa placówki służby zdrowia:
...
- okres i miejsce hospitalizacji: P. M. 2024
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: Stucentne - lek. po nadgarstek, złamanie głowy kości maniowej
- niezdolność do świadczenia pracy: P. M. 2024 - do nadal
- w dacie wypadku przebywałem/tam / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

/miejscowość i data/

Protokołował i potwierdził własnoręczność
STARSZY REFERENT

* nlepotrzebne skreślić