

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan/i urodzony/a
/imie i nazwisko/ */data urodzenia/*

W zamieszkały/a w

ul. ... Zatrudniony/a w gminy

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

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu 20.09.2015

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 20.08.2015, 10.00
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 7.00
3. Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 15.00
4. Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): transport wywrotkopisk
5. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis / przyczyny techniczne, ludzkie, organizacyjne):

[illegible]

~~Ważny~~ prawej ręki o na nym obo. Zapięcie
 plandem - spodem 2 Wywrotki a zohreńska
 ubrycie amputowane mi pętel, klóby zostawia
 tylnej kłapie ciskierówni - Na miejsce wznowienia
 dopołowie i poligę poinformowaniem przewoźnicy, ale klóby
 wykonywaniem kłupę - Zostatem przeciwnym ok
 Szpitalu

- pow. 3:5 t
6. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: ~~tak / nie*~~
 - nazwa, typ urządzenia, data produkcji: wywołanie mercedes - benz 1441 Actros
 - czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób): TAK
 7. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: ~~tak / nie / nie dotyczy*~~
 - rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): TAK
buty, kask, rękawicami, rękawice robocze
 - czy stosowane środki były właściwe i sprawne: TAK
 8. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: ~~tak / nie / nie dotyczy*~~ ✓
 - czy istniał obowiązek wykonywania pracy przez co najmniej 2 osoby: —
 9. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: ~~tak / nie*~~ ✓
 10. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: ~~tak / nie*~~ ✓
 11. Odbylem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: ~~tak / nie*~~ ✓
 - posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: ~~tak / nie*~~ ✓
 - stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: ochronne
 12. 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*
 13. 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.)

14. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu TAK/NIE
- nazwa placówki służby zdrowia: Nowy Szpital w
- okres i miejsce hospitalizacji: 20.08.2025 ✓
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej:
Amputacja palca IV ręki prawej (wypadek w pracy) ✓
- niezdolność do świadczenia pracy:
20.08 - 31.08.2025
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

22.08.2025
/miejscowość i data/

/podpis poszkodowanego/ ✓

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

/podpis i pieczęć/

