

Wpl. SOK	18 SIE. 2025	L : 31
	ZAKŁA	CH
Nr Rej.	(2)	
N POSZKODOWANEGO		2025 - 08 - 19
		L : 31
		Sym. Kom.
Nr rej.		

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

W ..... zamieszkały/a w .....

ul.: ..., zatrudniony/a w DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCIA

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

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu ... 02.08.2025 .....

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

WYJFICZOSTO JESTOJO WYSOKA JESTEJECIE. PONIŻSZEJ  
KOMISJĘ I TERYTORYJNE JESTEJECIE BYŁY JUŻ ZROZUMIE. ZO-  
STOI DO WOBECIE NIEODPOWIEDZI. W ZWIĄZKU Z FAKTEM, ŻE W  
PREDSTOWIONYM BYŁEJ SUFIT POLARIZACJĘ, WIELKOŚĆ ELEKTRYCZ-  
NEJ MOCZĄcej LOKALNIE OŁO SUFITU W WYMIERZONYM WOBECIE  
OFICJALNIE SIT UDEJSTWUJĄCYM (PLEGOWY). Pełn-  
ZMIENIĆ WOBECIE WYMIERZONYM DOKŁADNE ALUMINIUM, JĘDZIĆ CZY-  
GODNIĘ DŁOŻYĆ SUFITU. Podczas uchodenia obyczaj-  
TYNY I WYBUDOWA KABLI (WECE UPODE) GDY NIE ODKRYDZI SIĘ ZACZĘTEK  
BLIKNIĘCIA PASTLICZKI SIT LEWA WÓZ. Pełn-  
SPOŁCZ-  
do faktu (plecowi) iż posiadają (piętka). Podczas uchodenia  
uchodzący potknąć o pastlizkę. Po czym bolące stopy uleci-  
jają do klinika, kiedy w tym czasie były w jaszu i  
przeciągnęły co się stało. Przychodzi robić im egzamin  
(bez uchodenia na głowę i cieczek) iż tak da się  
że bol był zbyt silny. Pełn- po części skierowany  
do mui uderić się do lewej, po części po części  
przywiaty i samochodem na SOR w Wyspach Śląskich  
St. Piotr i Lesznowola... W pacy pacz-  
... nosi ubrania robocie, obojętne, kody robocze  
(W ZWIĄZKU Z WYKŁADAMI, PRZESŁUCHANIAMI, OBY PŁATIĘ ZDANIA)

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 jakim sposobie)

NIC DOTT C74

23

C.R.

18 SIE. 2025

Wpl. SOK	18 SIE. 2025	ZA	ZNYCH
Nr Rej.			

5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak / nie / nie dotyczy\*  
 - rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.) ..... *buty, kask, odzież ochronna*  
 - 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*
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: *Przygotowanie, mitpła pracy, odzież ochronna (robocza), buty robocze, sprawne techniki pracy*
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: 02.08.2025 r.
- nazwa placówki służby zdrowia: SOR. OOJEWODZKI SZPITAL  
2E5.P06.01N4
- okres i miejsce hospitalizacji: NIE DOTYKA
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: urodz. Tocze. Piotr Ego  
- żłomnik nasady bliższej kości ramieniowej
- niezdolność do świadczenia pracy: 20.05.08.2025 do 20.08.2025  
wyściaw. lekarz kochanek
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

18.08.2025  
(miejscowość i data)

(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

Wpl. SOK	18 SIE. 2025	UZL.
Nr Rej.	(2)	

\* niepotrzebne skreślić