

4

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

Pan/i
(imię i nazwisko) urodzony/a
(data urodzenia)
w zamieszkały/a w
ul. zatrudniony/a w *Własne Działalności*
Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu *18.06.2025*
uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam,
co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: *18.06.2025*, *lokal mieszkalny*,
....., *godz. ok. 1740* ✓
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: *1630* ✓
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: *1900* ✓
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): *Montaż osprzętu*
elektrycznego, i oświetlenia na suficie.
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: *Podczas montażu*
oświetlenia, sygn. przewodu strażniczymi
i spadłem z drabiny na osk. Centrum boi dla
w osce ale staram się do końca zrobić rzeczy

5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: ~~tak / nie / nie dotyczy*~~ *obowiązkowe ochronne*
– rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): *z mocnymi paskami*
– 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: *TAK*
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. Odbylem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: ~~tak / nie*~~
– posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: ~~tak / nie*~~
– stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: *bezwzględne wyłączenie uszkodzonej, ryzykownej odzieży i narzędzi*
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.)

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 19.06.2025 godz. 03:28
- nazwa placówki służby zdrowia: Uniwersytecki Szpital Kliniczny []
[]
- okres i miejsce hospitalizacji: —
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: Poprunczone złamanie
przebiegające przez łalę kości łódeczkowatej 6a pręciściowej
S62.0
- niezdolność do świadczenia pracy: od 19.06.2025 - do nadal
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

[] 03.07.2025
(miejscowość i data)

[]
(podpis poszkodowanego)

Tożsamość ustalono
na podstawie
dokumentu tożsamości

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

[]
(podpis i pieczęć)

* niepotrzebne skreślić

