

Załącznik nr 3 do Procedur
Obsługa zawiadomienia o wypadku

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan/ka

/imię i nazwisko/

urodzony/a

/data urodzenia/

..... zamieszkały/a w

zatrudniony/a w

Działalność Gospodarcza:

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

danego dnia

/ rodzaj dokumentu seria

numer/

w związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu

17.10.2024 r.

zostając, (a) o odpowiedzialność karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam,
co następuje:

Niżej podpisem wyuję, iż

do tego

o godzinie 11:00, przebywałem na budowie w firmie

Nadzorowaniem przejętym

w dniu tym kierował Zbigniew Kowalski z hali produkcyjnej.

Będąc na terenie firmy przebywał ok. 1 metra

oddali od podłogi oglądając mechanizm.

Przez 2 minuty nie zauważałem żadnych niebezpiecznych sytuacji.

Wtedy zauważyłem, iż

mogę przejść mi noga

zastępnie, iż

o pochylonej nogi nie odniósłem żadnych obrażeń.

Poczułem ostre bóle i kłopoty. 10 minut później, o godzinie 21:00, wr

J

udzielić się do leczenia do szpitala w:
Lekarz po badaniu stwierdził jachotleg chorobę.
W dniu 26.8.2011 lekarz po konsultacji z lekarzem
z zakładu leczniczego lecznika, wreszcie lekarz wydał mi
skierowanie do Poradni chorób gruźliczych RAG.

Po tym przepisane badanie zostało mi
wykonany termin zakiepla mo grypowi
bezpieczny.

- 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 jaki sposób):
.....

-
5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem tak / nie / nie dotyczy*
 - rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.):

 - czy stosowane środki były właściwe i sprawne:
6. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: tak / nie / nie dotyczy*
 - czy istniał obowiązek wykonywania pracy, przez co najmniej 2 osoby:
7. W trakcie pracy przestrzegłem/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:
-

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 jakaś – adres, nr sprawy / debiżji, stan sprawy – zakończone / w trakcie / umorzone itp.)
-

- 7
- nazwa placówki służby zdrowia: Przychodnia 45
 - okres i miejsce hospitalizacji: Zmagały się ze miejsce dokumentacje medycznej
 - rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: Dokumentacji lekarskiej
 - niezdolność do świadczenia pracy: od 24.X.2025r. do 24.IV.2025r.
 - w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

15.09.2025r.

/miejscowość i data/

/podpis poszkodowanego/

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

* niepotrzebne skreślić