

## ZAPIS WYJAŚNIĘĆ POSZKODOWANEGO

Pan/i ..

..... urodzony/a

(data urodzenia)

w

ul.

Dc

W związku z wypadkiem, jakim uległem/am w dniu 26-05-2025 r. uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 26-05-2025 r.  
ok. godz. 14:00
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 8:00  
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 16:00  
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): kontrola systemu monitorowania, instalacji, itygości, ruf, alarmów, skamer, programowania, sterowanie
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:  
okno - 26-05-2025  
wysokociśnieniowe - instalacje systemu monitorowania, skamery, alarmy, itygości, ruf, sterowanie

Pod koniec rekonstrukcji prze montażowy na  
schodkach z metrowej chodziny, kiedy  
stole mo podłogi z korki dachowej  
postanowiłem moje mo kostce, o  
który mo kamykach z którym wykonyw  
był podłoga.

dwa moje stawacie malejność a  
skierowanie do stawienia kolana

Prze montażowe

sam, bok, nie osiągnąć redakcji.

wykonanie

wdzięczność do lekarza 02-06-2002

ochry ból nie wiele powie, Pan strymat  
gliszczenie do ostrogi i określone 3 m-ce  
Pan zatrzymać Pan strymat nie wolno mo  
badanie rur manem obrz. określić mo  
dalsze leczenie

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

- nazwa, typ urządzenia, data produkcji

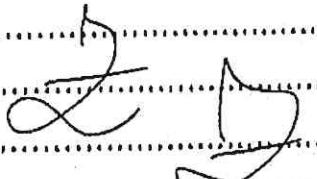
✓

- czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób):

✓



12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: ..... **WIE**
- nazwa placówki służby zdrowia: ..... 
- okres i miejsce hospitalizacji: ..... 
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: ..... **Dwuwomie ATCL**  
**wieloletni utrata praktycznej i kognitywnej sprawności (M4 głothi)**
- niezdolność do świadczenia pracy: ..... **TAK (DWÓRNIK LEKARZ)**
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

16.09.2025

(miejscowość i data)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

(podpis i pieczętka)

\* niewymagane określić