

### Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan/i .

Imię i nazwisko

urodzony/a

data urodzenia

W  
ul.

zamieszkały/a w

zatrudniony/a w Młasno... działalność... gospodarcza

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

rodzaj dokumentu seria numer/

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu: 21. 10. 2024,

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 21. 10. 2024 godz. ok. 20<sup>00</sup>
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 16<sup>00</sup>  
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 21<sup>00</sup>  
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane  
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): Przygotowanie...  
nuta... ob. sprawozd. Wykazanie... stóżej... blochy...
3. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis / przyczyny techniczne, ludzkie,  
organizacyjne): Począws... sprawozd... posz. istow... ok. 20...  
Zapalenia... sumochodu... W tym... ewne... byt... w... koz... legi...  
poz... skó... spakowac... szk... W ostatni... ch... i... j... siediem...

... z kanału... hkiem... gapienie... ale... opieki już... był... był...  
... duszy... i... nie... mogę... Podejściem... do domu... aby...  
... zostało... zatrzymane... po... silnie... Ogień... był... już... taki...  
... głuszy... że... zajęły... wiele... powierzchnie... garażu... Opieki... wykroczyły...  
... prawo... bramę... porozumieć... straż... przejęła... po... pani... minutach...  
... ale... już... nie... było... czasu... reakcji... Spłonęły... same... chodz...  
... kierowcy... z... którym... miałem... wiele... stycznych... Faktury...  
... ... po... zakładniczej... przerw... zatrzymanie... mój... obiegi...  
... garaż... sklep... tem... opanżer... nie... kalku... i... obojętny... M... mimo...  
... przybyły... ... z...  
... ) Koniec... Popatrz... Policja... [redacted]

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

- nazwa, typ urządzenia, data produkcji ..... Urządzenie... uległo...  
... Spaleniu...

- 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.): .....  
.....odzież ochronna, buty, okulary.....
- 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 przestrzegalem/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: .....  
.....J.....
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 udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej / nie był badany\*.
11. W sprawie ~~wypadku~~ byłem/am / nie byłem/am\* 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: 21.10.2024.....

- nazwa placówki służby zdrowia: SA MODZIELNY, PUBLICZNY
- okres i miejsce hospitalizacji: 21.10.2024 g. 21<sup>17</sup> do 22.10.24  
...gock... 00:09
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej:  
*Oparzenie termiczne II stopnia hadrowiska 1. regu I stopnie głowy i szyi*
- niezdolność do świadczenia pracy:  
*2KA od 21-10-2024 do 31-10-2024*
- w dniu wypadku przebywałem/łam / nie przebywałem/łam na zwolnieniu lekarskim

.....  
/miejscowość i data/

.....  
/podpis poszkodowanego/

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

2024-10-03  
.....  
/podpis i pieczętka/

\* niepotrzebne skreślić