

ZAPIS WYJAŚNIENÍ POSZKODOWANEGO

Pani urodzony/a
(imię i nazwisko) (data urodzenia)

W zamieszkały/a w

ul. zatrudniony/a w NIEASNA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA

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

W związku z wypadkiem, jakdem uległem/am w dniu 19.03.2025

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 19.03.2025 MAGAZYN

.....

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 7:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 15:00

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej):

PRZYGOTOWANIE TERENU BUDOWY

PRZYGOTOWANIE MATERIAŁÓW BUDOWLANYCH

WYKONYWANIE PRAC WYKONCENIOWYCH

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: WRAPEK Z DOWIEGO SIENIA DRAINY

POCIS... WYKONYWANIA... PRAC... ZAWODOWYCH... JEDYNATEL... BUDOWNIK... H... MACHINIE

PRAC... WYKONYWANIA... ZADANIA... POCIS... H... BUDOWNIK... NA... PRACOWNIE

LOKALNOŚĆ... SIENIA... PRAC... NA... DOWIE... STOPNIU DRAINY

ZESZYTOWEŁA MI...315...NOGA...CO...SPŁOWODVAŁO UTRATĘ RĄKOWŁAGŁ...
STYPIWODŁ...H...WYNIKŁ...CIEŁO...WPADEK...NA...PRAWĄ STRONĘ...CIEŁA...
STOŁYNE NA...PŁYCE

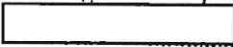
4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: tak / nie*
- nazwa, typ urządzenia, data produkcji...DRABINA...PRENNIANA STANDARD 2x4...
KASTOM...DOSY...28.02.2024
 - czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób):
URZĄDZENIE...BYŁO...SPRAWNE...UŻYTKOWANE...ZGODNIE...Z...ZASADAMI...PRODUCENTA
USTAWIONA...POD...ODPOWIEDNIM...KĄTEM...SPRAWNOŚĆ...ZOSTAŁY...PRZEKAZANE...MOCOWANIE...

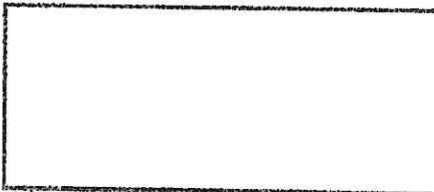
5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak / nie / ~~nie dotyczy~~

- 3

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu - w dniu: 19.03.2025
- nazwa placówki służby zdrowia: HOFENBACH HOSPITAL WIEKOSPECJALISTYCNY
JAN JANA DONSTONA 4 LESZNE
- okres i miejsce hospitalizacji:
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: ZŁAMANIE KOŚCI ŁOPECOWATEJ
- niezdolność do świadczenia pracy: L4 OD 19.03.2025 - 02.04.2025
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

 01.04.25
(miejscowość i data)



(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

.....
(podpis i pieczęć)



* niepotrzebne skreślić