

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan/i
urodzony/a
zamieszkały/a w
zatrudniony/a w WEWNĘTRZNA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu 22.10.2024
uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 22.10.2024, ok. 20:00 godziny, 20.00 w.
1. INFORTAŁ

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 17:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 22:30

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): TRANSPORT TOWARÓW (części samochodowe, paliwa, itp.)

W SKRZYNIOPACZEK DO FOGO PRZEWACZENIE, Z TYGODNIU 20.

SAMOCZĘSIA DOSTATW CĘSTY.

3. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis / przyczyny techniczne, ludzkie, organizacyjne):

PODPRAS. POZIOMKIWA SIŁOWNIOPACZEK Z SAMOCZĘSIA WŁÓJKIEM RĘCZNYM,

PRZEWACZENIEM DO TYGODNIOWYMI PŁATEŻAMI I ZAKŁADKAMI, JEDNA Z

SIĘZI SPŁATA Z WŁÓJKIEM 2 WYSOKOŚCI OK. 0,15 METRA AOOE21A) EC.

W PRZEW. RĘCZ. ETC. 105°C W UNIWERSITACIE.

FIRMA MOŻE UDOSTĘPNIĆ NAPRAWIĘ Z WYPADKU, MIAŁO

MIEJSCE W ZASŁEGIĘ LAMPY.

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

— rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.):

Buty

— czy stosowane środki były właściwe i sprawne: TAK

8. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: tak / nie / nie dotyczy*

— czy istniał obowiązek wykonywania pracy przez co najmniej 2 osoby: NIE

9. W trakcie pracy przestrzegalem/am zasad BHP: tak / nie*

10. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: tak / nie*

11. Odbyłem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / nie*

— posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego : tak / nie*

— stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: *ZAEKAUNIĘ ZGODNIĘ ZE SZTUCZKĄ*

ZAPASOWAĆ I WAGA TOVARA

12. 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*

13. 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 jakie – adres, nr sprawy / decyzji, stan sprawy – zakończone / w trakcie / umorzone itp.)

14. Pierwsza pomoc

— pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: *22.10.2025*

— nazwa placówki służby zdrowia: *Szpitalny Oddział Ratunkowy*

— okres i miejsce hospitalizacji: *NE BYŁAM HOSPITALIZOWANY*

— rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: *ZETMAMO NASADY DŁĘGIE*

KOŚCI PRZYBITEJ, IĘDZIĘDZIĘ K. G. PRĄGOJ, SZYWA GIPSOWA

OBRZEK DRZEWOWY, PRZEGÓRANIA, MUGARSTKA, OTARCIE WŁSKÓWEK