

## ZAPIS WYJAŚNIENÍ POSZKODOWANEGO

.....  
.....rodzony/a .....  
..... (data urodzenia)

W ..... zamieszkały/a w .....

ul. ...., zatrudniony/a w .....

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport) Paszport .....  
(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 15.11.2024 .....

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: .....  
....., 15.11.2024 o 12-00 .....

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

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 17-00 .....

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

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: Przyczyny .....  
ludzkie i poslizgnięciem się na schodach .....

*[The page contains faint horizontal lines, suggesting it was part of a lined notebook or document.]*

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): .....

5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak / nie / nie dotyczy\*  
 – rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): buty, kask, odzież  
 – 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 przestrzegałem/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 państwowej – 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: 15.11.2024
- nazwa placówki służby zdrowia: SOR
- okres i miejsce hospitalizacji: .....
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: KARTA INFORMACJI
- niezdolność do świadczenia pracy: .....
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

07.01.2025  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu  
.....

.....  
401, 740 250 031 031

\* niepotrzebne skreślić