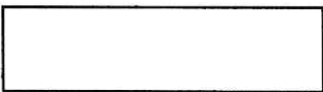
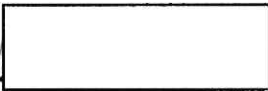
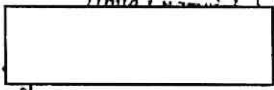
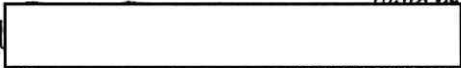
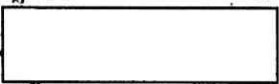
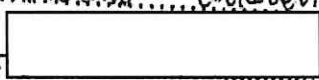


# ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

Pan/i ..  .. urodzony/a ..  ..  
(imię i nazwisko) .. (data urodzenia)

W ..  .. zamieszkały/a w ..  ..  
ul. ..  .., zatrudniony/a w .. *biurowa działalność gospodarcza* ..

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

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu .. *12 sierpnia 2021* ..  
uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam,  
co następuje:

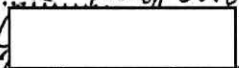
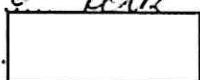
1. Data, miejsce i godzina wypadku: .. *12.08.2021, V pak 8<sup>30</sup> / 9<sup>00</sup>* ..

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: .. *4<sup>30</sup>* ..

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: .. *11<sup>00</sup> - 15<sup>00</sup>* ..

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykłe czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): ..  
*praca z kontenerami na łamieci* ..

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:

*N dni 12 sierpnia 2021, V pac rozpoczęciem*  
*o godz 4<sup>30</sup> r. wyjechałem z ..  .. do*  
*..  .. K celu dostarczenia kontenerów na*

odpady. Na miejsce dojechałem o godz. ok. 7<sup>30</sup>,  
na następnych minutach pojawiła się jedna osoba.  
O godz. 8<sup>30</sup> rozpoczął się nadzwyczajny konferencja  
Kierownik na miejscu i zabrał przesłuchanie konferencja  
aby mieć było z tego, że nie wiem, że pomoc  
można mieć. Wskazał, że nie ma pomocy, że  
i wypadek miał z pomocą, więc nie będąc  
pomocą. Osoby z otoczenia wezwały pogotowie i policję.

Śmierek - osoba, która dostąpiła przez miłość  
niektóre zgonem, jednak nie było konieczne  
nie posiada danych osobowych.

Samochód posiadał na dzień zdarzenia ważne  
rodzaje techniczne.

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 ochronne, przy zabezpieczeniu łochów + belki oporowe, edmonkarskie do rozładunku  
 – czy stosowane środki były właściwe i sprawne: .....
6. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: tak / nie / nie dotyczy\*  
 – czy istniał obowiązek wykonywania pracy, przez co najmniej 2 osoby: .....
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. Odbylem/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.)

Notatka 14 z dnia 11.11.2011

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 12. 08 2024
- nazwa placówki służby zdrowia: Woj. Szpital Specjalistyczny
- okres i miejsce hospitalizacji: 12. 08. 2024 – 16. 08. 2024
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: złamanie piersi  
sternu, łopatek; złamanie kości łonowej
- niezdolność do świadczenia pracy: 12. 08 2024 – nadal
- w dacie wypadku przebywałem/am ~~nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim~~

[ ] 28. 01. 2025  
(miejscowość i data)

[ ]  
(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

[ ]  
(podpis i pieczęć)

\* niepotrzebne skreślić