

Załącznik nr 1 do Procedury  
Obsługa zawiadomienia o wypadku  
wydanej pismem okólnym Nr 2  
Dyrektora Departamentu Świadczeń Emerytalno-  
Rentowych z dnia 3 września 2016 r.  
Wersja Procedury 1.1

### Zapis wyjaśnień poszkodowanego

2

rodzaj dokumentu seria numer/

W związku z wypadkiem jaklemu uległem/uległam w dniu 19.11.2024r.  
uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam,  
co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 19.11.2024r. w godzinach 17:01
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 9:00  
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 17:30  
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): Do momentu wypadku poszkodowany przejeżdżał na teren stacji i poszedł zdobyć się dupem żeby potwierdzić obecność w pracy.
3. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis i przyczyny techniczne, ludzkie, organizacyjne): Podczas drogi, której pokonał poszkodowany w celu zdobycia się.

pracy cyfryku by potwierdzić swoje  
odecaś n. m. d. do do potkniecia  
sie a metdowy pret, który wystawiat  
z betonowym płyt. Po potknieciu  
nie doszło do wypadku (ma rękę  
lewą).

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.): *do sk*  
*odzież ochronna 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: *2*
9. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: ~~tak~~ / ~~nie~~ *tak*
10. Posiadałem przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: tak / ~~nie~~\*
11. Odbylem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / ~~nie~~\*  
- posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: ~~tak~~ / ~~nie~~\*  
- stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: *2*
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 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.)
14. Pierwsza pomoc  
- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: *19.11.2024*

- nazwa placówki służby zdrowia:

.....

- okres i miejsce hospitalizacji: *19.11.2024*

.....

- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: *stłuczenie - lewego nadgarstka, stłuczenie głowy kości miedniczowej*

- niezdolność do świadczenia pracy: *19.11.2024 - do*  
*dalej*

- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

.....  
/miejscowość i data/

Protokołował i potwierdził własnoręcznie  
STARSZY REFERENT

.....

\* niepotrzebne skreślić