

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

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

W zamieszkały/a w

ul. zatrudniony/a w

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

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 12.10.2024r

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 12.10.2024

ok. 10⁰⁰

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 7⁰⁰

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 12⁰⁰

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

DRABINIE

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:

BŁOKADA W DRABINIE WYSKOCZYŁA

ZŁ SWOJEGO MIEJSCA DRABINA

SIE ZŁOŻYŁA, W ZWIĄZKU Z CZYM

SPADŁEM Z WYSOKOŚCI OK. 1,20 m - 1,50 m.
UDEŹNIĘCIEM LEWĄ PIĘTĄ O NAJNIŻSZY
SZCZEBEL DRABINY

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.): KASK BUTY

 – 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. Odbylem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / ~~nie~~*
 – posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak / ~~nie~~*
 – stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: ASEKURACJA
DRAŻINY PRZEZ INNEGO PRACOWNIKA

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 policyjny / 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: 15.10.2024
- nazwa placówki służby zdrowia:
- okres i miejsce hospitalizacji: 15.10.2024 godz. 10:58 do 15.10.2024 14:26
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: ZŁAMANIE KOŚCI PIĘTOWEJ
- niezdolność do świadczenia pracy:
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

04.03.2025
(miejscowość i data)

(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręcznie podpisu

SPECJALISTA
(podpis i pieczęć)

SPECJALISTA
A.

* niepotrzebne skreślić