

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan/Pani....

..... urodzony/a...

(miejscowość)

(data urodzenia)

w ..

, zamieszkały/a w ..

(miejsce urodzenia)

(adres zamieszkania)

zatrudniony/a w ..

Dokument tożsamości (dowód osobisty/paszport).....

(seria i numer)

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu 23.09.2025 przedmiotem uprzedzona o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 23.09.2025 godz 11:20

warsztat samochodowy

619

8:00

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku

16:00

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykłe czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej) przygotowanie stanowiska, porady

oraz pojazdu do zleconego zlecenia klienta

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

Dnia 23.09.2025 r. rozpoczętem pracy o godz. 8:00 w firmowym warsztacie naprawczym zgodnie z zaplanowanym harmonogramem prac na stan dźwi. Do pracy przystąpiłem w pełni wyposażony i wyposażony w

środki ochrony osobistej. Po skróplianiu niezbędnych narzędzi do pracy, zająłem się realizacją pierwszego zlecenia mojego klienta tj. montażem holingu dachowych przy samochodzie dostawczym. Po pracy (27.01.2011) draliny pozostały ustawionej na stojaku, również ustawionym podłożu. Wszedłem do holu wysokości dachowej i za pomocą czyszczenia zacząłem oczyścić zabrudzone osadem z liści rynny wodociągowej na dachu pojazdu. Podczas schodzenia z draliny po kolejne suche i czyste czyszczeniu znalazłem się na trzecim szczeblu draliny nagle mogąc zsunąć mi się ze szczebla. Na skutek tego zdałem straciłem równowagę i spadłem na podłożę. Mój brat, który też był w warsztacie podbiegł do mnie i zapytał co się stało. Powiedziałem mu że bola mnie plecy. Marek wezwał pogotowie ratunkowe, którym zostałem oddzielony do szpitala.

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/buty ochronne itp.): odzież robocza, obuwie robocze, rękawice, okulary ochronne
- 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: —

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: ustawienie drabiny na stabilnym i równym podłogu.

10. W chwili wypadku ~~byłem/fair~~ / nie byłem/am* w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków

Odurzających lub psychotropowych.

Stan trzeźwości w dacie wypadku: ~~badany przez policję / badany w czasie udzielania~~

~~– pierwszej pomocy lekarskiej / nie był badany~~*

11. 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.)
.....
.....
.....
.....

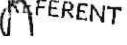
12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 23.09.2025

- nazwa placówki służby zdrowia: Szpital Specjalistyczny
- okres i miejsce hospitalizacji 23.09.2025 - 01.10.2025
Szpital Specjalistyczny
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej złamanie lewego kompresyjnego żebra
luzego... oraz złamankę wąsywu górnego prawa i lewego kabri kryształowej
- niezdolność do świadczenia pracy: 23.09.2025 - 01.12.2025
- w dacie wypadku przebywałem/tam/ nie przebywałem/tam na zwolnieniu lekarskim

02.10.2025
(miejscowość, data)

J
(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu
STARSZY REFERENT
(
)
(podpis i pieczętka)

*niepotrzebne skreślić