

Znak		Ins.	
OKK / Dziennik Podawczy			
Wpłynęło	2025 -09- 01	X	

## ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

(2) STARSZY INSPEKTOR

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 ...28. czerwca 2025r. ....

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: ...28. czerwca 2025r. ....  
 ...ok. godz. 16:20 .....

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: ...11:00 .....

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: ...18:00 .....

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

elementów drewnianych do montażu mebli (kanapy)  
 ze pomocą innych topićelskich oraz stolarskich

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:

Podczas wykonywania (dorabiania) elementów  
 drewnianych do mebli kanapy aby uzyskać  
 potrzebne elementy drewniane wykonałem

na maszynie wyrównawczej firmy "JAROMA"  
dotyczy nieumyślnego wypadku przez co niektóre  
elementy maszynowego przekroju drzewca co  
wystąpiło, uszkodzenie w: uszkodzenie w: pociętych  
przy nożach skrajnych: drzewa w: Państwowego  
głównego Lasu przez błąd na drugi dzień  
zobowiązanych że te elementy określone  
które były stosowane do obsługi maszyn  
miałby być ułożone w: sposób, który  
mógłby być do tego zniszczenia

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: tak / nie\*

- nazwa, typ urządzenia, data produkcji ..... Strugać - wyrównawcza  
Firma "JAROMA" Jarociński Zakład Przemysłu  
Maszynowego Leśnictwa TYP: DSKC-2 rok budowy 1983

- czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób):  
Urządzenie spełnia wszystkie warunki aby bezpiecznie  
korzystać z niego. Jest to pełna sprawa technicznie aby

- korzystać z niego
5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak / nie / nie dotyczy\*
- rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): odzież robocza / ochrona na niewykonywane roboty narytym sprzęcie
  - 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: nie, różne środki ochronnych przez producenta nożym
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. policyj, 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: 28.06.2025r.
- nazwa placówki służby zdrowia: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w...
- okres i miejsce hospitalizacji: .....
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: Amputacja palca II ręki lewej na poziomie palucha krótkiego linie nacięte rany
- niezdolność do świadczenia pracy: .....
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

(miejscowość i data) 1 września 2025r.

(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręcznością podpisu

\* niepotrzebne skreślić