

5

## Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan/Pani..

(imię i nazwisko)

... urodzony/a

(data urodzenia)

W ..

(miejsce urodzenia)

.., zamieszkały/a w

(adres zamieszkania)

zatrudniony/a w WŁASNA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ,

Dokument tożsamości (dowód osobisty/paszport)...

(seria i numer)

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu 20.06.2025 uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 20.06.2025r.,

GODZ. 12.15

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku 10<sup>00</sup>

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku 16<sup>00</sup>

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane z charakterem

prowadzonej działalności gospodarczej) SKUWANIE TYNKU ORAZ PŁYTEK

NA BALKONIE  
NA TABASTE POD W.W. ADRESEM

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

W dniu 20.06.2025r. w godzinach południowych tj. 12.15 z racji wykonywanego zawodu w ramach mojej jednoosobowej działalności gospodarczej świadczyłem usługę remontową polegającą na remoncie balkonu ( usuwanie odpadających płytek, skuwanie tynku frontowego balkonu, oraz usuwanie kamienia elewacyjnego) – na zlecenie Pani Urszuli ( świadka wypadku a prywatnie mamy mojej małżonki). Prace rozpocząłem dnia 19.06.2025r. poprzez przygotowanie miejsca pracy oraz częściowe wykonanie robót, dzień wypadku był moim 2 dniem pracy. Prace wykonywane były na wysokości około 3m stąd mając na uwadze kwestie BHP a przede wszystkim moje bezpieczeństwo miejsce pracy zostało przygotowane poprzez ustawienie profesjonalnego rusztowania i profesjonalnej drabiny.

Prace musiały zostać wykonane z rusztowania po zewnętrznej stronie balkonu gdyż poręcze na balkonie uniemożliwiały skucie krańcowych płytek balkonu oraz usunięcie frontowej elewacji balkonu.

Drabina która była częścią zestawu ( rusztowanie + drabina do wejścia/ zejścia) przy

~~PRAWA STRONA GŁÓW, UDERZAJĄC GŁÓWĄ~~

INFORMUJE ŻE UMOWA O WYKONANIE USŁUGI ZOSTAŁA  
ZAWARTA USTNIE, PRACA NIE ZOSTAŁA ZAKOŃCZONA  
I NIE ZOSTAŁ WYSTAWIONY RZĄDEN RACHUNEK.

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): .....



6

5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem tak/nie/nie dotyczy\*

- rodzaj stosowanych środków (np. buty/kask/buty ochronne itp.): BUTY / KASK

- 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 przedmiotowych 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: .....

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.) .....

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 20.06.2025r.

- nazwa placówki służby zdrowia: SZPITAL SPECJALISTYCZNY

- okres i miejsce hospitalizacji: 20.06 - 25.06.2025r. SZPITAL SPECJALISTYCZNY  
ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ Z PODODZIAŁEM UROLOGII

- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: WG. KARTY INFORMACYJNEJ  
2 DNIA 25.06.2025r.

- niezdolność do świadczenia pracy: ZWOLNIENIE LEKARSKIE DO 03.08.2025r.

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

02.07.2025

(miejscowość, data)

(podpis poświadczającego)

Protokolować i potwierdził własnoręczność podpisu

ARJAD URSZKOTOWSKI

STARSZY INSPEKTOR

\*niepotrzebne skreślić