

ZAPIS WYJAŚNIĘĆ POSZKODOWANEGO

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

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 01.02.2025 r.

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: data: 01.02.2025, godz. dr. 15.00
Miejsce: Siedziba zakładu.

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 8.00
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 17.00

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwyczłe czynności związane
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej):

1. Donieka mechaniczna elementów metalowych.

2. Pracownia zemudu i żeliwa.

3. Pracownia przygotowczych metalowych.

4. Sklep z detaliczną bezpośrednią, półdetaliczną sklepową.

5. Transportowanie konstrukcji metalowych.

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: W dniu 07.02.2025 r.

możycie pmać i tożsamość, niepowodzenie, spalenie
sklepowego, czasu metalowego w miejscu przechowy-
dniczącej.

Określam godziny 15.00 momentem momentem
bezpiecznego pp, alej za pomocą sił zbrojnych
kotwicy dołożono do zapalnika, się oparano
do niewielkiej kątowej doznałtem opałeniu, termicznemu
przez jednej powierzchni, przekonał oraz prawnego

Przednawianiu. Po czekaniu na "nawet" celu
uzyskanego, pojawiły się na odpadach powstające
podczas toczenia (wyciąg) świdlików wypadek nie było, ponieważ
ja przesiąznałem
W wyniku tego zadziałało do celu pracego
termicznego. II stopnia tlenowca i przednawiania
pracującego.

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: tak nie*
- nazwa, typ urządzenia, data produkcji
..... nie dotyczy
 - czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób):
..... nie dotyczy

5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak / nie / nie dotyczy*
- rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.):
..... *bucie, odzież ochronna, okulary*
- 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. Posiadałem przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych prowadzeniem działalności: tak / nie*

9. Odbyłem/ałem stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / nie*
- posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak / nie*
- stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka:
..... *Nie ma żadnych możliwości*

10. W chwili wypadku byłem/ami / nie byłem/ami* w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych.

Stan trzeźwości w dacie wypadku: badany przez organ policji / badany w czasie udzielanego 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.)

me bigly

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu - w dniu: 07.02.2025 r.
- nazwa placówki służby zdrowia: Szpital Pionierowy Spzop
- okres i miejsce hospitalizacji:
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: Oparzenie termiczne II stopnia twardy i przedniecego przedwego
- niezdolność do świadczenia pracy: od 10.02.2025 do 10.02.2025
- w dacie wypadku przebywał/am /nie przebywał/am na zwolnieniu lekarskim

10 MAR 2025

(miejscowość i data)

(do poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

* niepotrzebne skreślić