

5

**Zapis wyjaśnień poszkodowanego**

Pan/Pani..

(imię i nazwisko)

... urodzony/a .....

(data urodzenia)

w ..

.., zamieszkały/a w .....

(miejscie urodzenia)

(adres zamieszkania)

zatrudniony/a w WŁASNA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA,

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  
BALKONIE NA TARASIE 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 rozpoczęłem 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 ustawnie profesjonalnego rusztowania i profesjonalnej drabiny.

Prace miały 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

~~PRACA STRONA GŁĄDZA, W DĘRZAJĄC GŁOWĄ~~

INFORMUJĘ, ŻE UMOWA O WYKONANIE USŁUGI ZOSTATA  
ZAWARTA USTNIE, PRACA NIE ZOSTATA 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): .....  
.....  
.....

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

- rodzaj stosowanych środków (np. buty/kask/buty ochronne itp.): **BYTY / 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 przestrzegalem/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: .....

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 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: **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 PODODZIĘRPOŁOMI

- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej W.G. KARTY INFORMACYJNEJ  
2. DNIA 25.06.2025r.

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

- w dniu wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim NIE

02.07.2025

(miejscowość, data)

(podpis przebywającego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

ZAGAD UZPIĘŻENI SPRAWOZDANIA

STARSZY INSPEKTOR

\*naległe skreśleć