

ZAKŁAD Ubezpieczeń Społecznych	
Wpływająca	2025 -09- 17
DOWANEGO	
L. dz.	

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

Pan/iBRONISŁAW MIELECKI.....
(imię i nazwisko)

(data urodzenia)

w ... zamieszkały/a w ...

ul. ..., zatrudniony/a w **PROWIDZIAK DZIENNIKI GOSPODARSTWA**

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport) DOB Włodzimierz

(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 7.08.2025 r.

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 7.08.2025 r. GODZINA 8.00

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 7.00
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 20.00

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwyczłe czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): WYKONANIE GRUP KIWIĘTKOWYCH, ZAKŁĘKI DZIĘCIĘCKIICH, DNIENIĘDZIĘĆ, ZGODNE Z PÓŁMIESIĘCZNYMI NAPRACOWANIMI, ZAPOLARYZACJĄ, NIE Z JEREMIEM, NIE CZU, PÓŁMIESIĘCZNA ORGANIZACJA I OPRONADZENIU KIWIĘT, KIWIĘTKI

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: NIE DNIUM 7.08.2025 MDMEM, NIE XA, HN, KIEŻE, KIDOKAIA, NB.

ROLE GAZA..... WY..... PRZEWIĘCIU..... TRANSY..... i..... XPRMIDZENIA

Jen... pod... HZGIEDEM... BEZPIECZENSTWA... i... OPROWADZEK
W... TERMIMIE... RODZIEJSZYM... MUGIEZEK... w... TO... MIEJSCE
(czy... NIEZB... HDOXONA... Jen... BEZPIECZNA... SPRAWKI... pod
HZGIEDEM... TECUMICZNYM...)... DOKA... ILOSC... OHOB... MOZE
ZMIESZUC... NE... NA... MIEJ... TECHP.RAZONO) PRZY... UMERZENIU
TERENU... i... HIEZY... HDOXONEL... SCHODZIEC... po... SCHODACH
z... HIEZY... TECNA... z... KOG... ZESLIDNEKA... NE... ZE... SLIKIG
MOKREY... NMNERZCZY... SIOPKIA... (RUMKA... ZORA... ROTODA... po... FORMIG
MAGI... SCHODY... W... MMIKU... CREGO... TIRNIKEM... RONN.KONAGE
i... MPNDZEM... z... WYSOKOSCI... KILKU... STOPKI... POCZUTEM...
DUZY... BOL... LEHE... KOGI... KIORA... KIE... MOGLEM...
RUMY... TMDZIOMKEM... TELEFONI.ZHIE... i... HESNUTEM...
POMOC... - PRZEDY... RMUKKONE... GORR... A... MMIEPMIE...
KORETKA... TOGOJONIA... IMPRAKA... MMK... DO... KPI.THA...
U... GDEIE... ZOSTAWI... MI... UDZIELONA... POMOC...
MEDYLZKRA... N... WYM... TECO... IDSYREZEMIA...
DZMIETEM... MRAZI... ZKMM.NRJA... KOSCI... TIEGICNEJ
MOGI... LEHE... DMKE... LECZE.HIE... i... OP.KRA(?)... H...
RUDYK... MARYK...
OCHINDZEM... LE... N... TYM... DMU... KIE... KUCHN.HIKEM...
ZMDZI... TINKARM... MM... TIRN.GOTU... POMENHZ... K... TYM...
DMU... KIE... DOKOKREM... ZMDZI... MARYK...

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, odzież ochronna itp.):
BUZY, KASKI, SPÓŁDKI, GUMOWYKI I ODZIEŻ
– czy stosowane środki były właściwe i sprawne:
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 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: 7.08.2025
- nazwa placówki służby zdrowia: HOSPITAL N
-
- okres i miejsce hospitalizacji:
-
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: KŁUWAŁO WŁOSI KOSCI
- PLEJÓNA KONI LEJEK
- niezdolność do świadczenia pracy:
-
- w dacie wypadku przebywałem/am /nie przebywalem/am na zwolnieniu lekarskim
-

17.09.2025
(miejscowość i data)

er
(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

.....
(podpis i pieczętka) 4

* niepotrzebne skreślić