

5

limin i potwiskor/

..... zamieszkały/a w

..... zatrudniony/a

..... INFORMATION

/rodzaj dokumentu seria numer/

24. 04. 2025v.

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 24.01.2025v. j
godz. 13:20 14 20

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 17:00
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 17:00

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

z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): montaż systemu alarmowego, dojazd do klienta w celu wykonania usługi.

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

organizacyjne):
W dniu 24.04.2025 o godz. 11:00 przyjeżdżam do
miejscowości ul. do celu wykonania
ustąpi - montaż systemu (alarmowego). Będę raz
ze mną Smedek - prace porządkowe
od rozpoczęcia pracy i zakończenia instalacji.

Poziwystąpił do montażu czujników alarmowych
 a je do montażu czujników alarmowych. Czujniki
 zabezpieczone są na strachu. Aby dokonać instalacji
 musiałem wejść na dach, z centralą alarmową.
 Następnie, kłopotem do auto po wstąpieniu. Złoty był w
 ręku schodząc na dach, w pełnym momencie dachowa
 "odjechała" me słuskiej pomieszczeni. Ja je upadłem na
 panelu, uderzyłem głową i nadgarstkiem. Pomieścił
 bardzo silny ból w prawym nadgarstku i ławej nodze.
 Poziw podjechał do mnie zaparkowany jestem
 przytomny i co się wydarzyło. Pomieścił do
 centrali sygnalizacji, smieł się zadzwonić po pogotowie.
 Przyjechała karetka, a po niej policja z
 komisariatu w. Zostałem zabrakł na
 SOR w. gdzie przebadano mnie (głowa
 została włożona w gips, a nogę usztywniono
 konwetą gipsową. Poprawiono złamanie
 kości pletkowej i wieloodłamkowe złamanie kości
 promieniowej. Zostałem zehwalifikowany na sepleg
 operacyjny (głowa i nogi). Wiosnę w dniu wypadku zostałem
 wypisany do domu. Dalsze leczenie odbywało się w Szpitalu.
 gdzie 28.06.2025. Zostałem przyjęty na oddział

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: ~~tak~~ **nie** me którym przebywałem do 8. 2025
- 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.):

- 6
-
- czy stosowane środki były właściwe i sprawne:
8. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: ~~tak~~/nie/-nie dotyczy*
- czy istniał obowiązek wykonywania pracy przez co najmniej 2 osoby:
-
9. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: tak / nie*
10. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: tak /-nie*
11. Odbylem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / nie*
- posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak / nie*
- stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka:
-
12. 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*.
13. 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.)
- Komisariat Policji
-
-
14. Pierwsza pomoc
- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 24.04.2025r.
- nazwa placówki służby zdrowia: Szpital
-
-
- okres i miejsce hospitalizacji: 24-25.04.2025
- Szpital w

- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: Złamanie kości
promienowej i metacarpalkowej II ręki promienowej
- niezdolność do świadczenia pracy: 24.05.2025 - 30.06.2025
- w dacie wypadku ~~przebywałem/am~~ / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

20.05.2025 r.
/miejscowość i data/

Protokołował i potwierdził własnoręcznie:

/podpis i pieczęć/

* niepotrzebne skreślić