

Zapis wyjaśnień poszkodowanego (17)

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

W zamieszkały/a w
ul. zatrudniony/a

ZAKĘAT
Działalność Gospodarcza
SERVIS PROFESSIONAL & MECHANICZNYCH PRzemysłowych

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport) dow.os. /rodzaj dokumentu seria numer/

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu 15.01.2025

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku 15.01.2025

ok. 13:00

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 14:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: po wyk. usługi ok. 18:00

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku - (wyk. czynności
związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej

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

w ramach prowadzonej
działalności SERVIS PROFESSIONAL & MECHANICZNYCH PRzemysłowych

w dniu 15.01.2025 wykonywał usługę dla firmy

Sp. z o.o.

Stanowiska zwrotu przejętego. Podczas wykonywania prac
serwisowych ok. godz. 13:00 Pan

miał

spowodować ruchy ręki zwojującce się na platformie. Po ich
zakończeniu Pan

schodził z platformy z wys. ok.

do drzwi postawił stopy lewej na werbinie, posadce.

W wyniku tego kogo poszkodowanego wykryciów się w stanie
skokowym/a on stracił równowagę i upadł na tlocie
lewej ręki. Poszkoowany kiedykolwiek pracę ale po pewnym
czasie ręka lewa bolała poszkodowanego
stwierdza się, co za małe ruchy ok. godz. 18:00!
Pan miał bolące kolano i ręce i nie mógł do siedziby

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: tak / nie*
– nazwa, typ urządzenia, data produkcji Robot sprawdzający
Kukla Vak 2011
- czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób): TAK
-
-
5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak / nie / nie dotyczy*
– rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.):
-
- czy stosowane środki były właściwe i sprawne: TAK
-
8. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: tak / nie / nie dotyczy*
– czy istniał obowiązek wykonywania pracy przez co najmniej 2 osoby: NIE
-
9. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: tak / nie*
10. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: tak / nie* Wykonanie
11. Odbyłem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / nie*
– posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak / nie*
– stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: Nie
-
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 był / nie był* 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.)

Nie dotyczy

14. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 15.01.2025.,
- nazwa placówki służby zdrowia: Szp. 202
- okres i miejsce hospitalizacji: Nie dotyczy
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: 2 dni 15.01.2025
- niezdolność do świadczenia pracy: 15.01.2025 do 18.01.2025
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim
NIE

10.03.2025

/miejscowość i data/

/podpis poszkodowanego/

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

/podpis

* niepotrzebne skreślić