

ZAPIS WYJAŚNIENI POSZKODOWANEGO

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

W zamieszkały/a w
 ul zatrudniony/a w Niwtarna działalność

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
 (rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 02.07.2025 r.

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 02.07.2025
ul. [Blok mieszkalny] godz. 23:47

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 18:10

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 04:00

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

Usługi transportu drogowego towarów - Rozwożenie
określonej liczby posiłków cateringowych do klientów,
także świadczenie usług kapitana Jachtu

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 02.07.2025 r. rozpocząłem
pracę o godzinie 18:10 na stanowisku kierowcy kuriera
w dytey od sp. z o.o. K. Maim z adresem
na ten dzień było rozwiezienie cateringu o 85

klientów. Około godziny 23:47 podczas dostarczania cateringu pracując w [redacted] w miejscowości [redacted] na 4 piętro budynku mieszkalnego po dostarczeniu przesyłki kierując się do auta na wysokości schodów zewnętrznych poślizgnąłem się upadając zasilaniem głowę ręką, lewą nie zdążyłem wstać plecami i dostałem do uderzenia o stopnie schodów. Po wypadku i kilkumiesięcznych zmianach które ukończyłem poczułem ból dotarłem do auta i pojechałem na SOR do [redacted]. Około godziny 1:22 dnia 03.07.25 zgłosiłem się na szpitalny oddział ortopedyczny, gdzie po wykonaniu TK (ustwierdzono: złamanie lewego kośćca poprzecznego kręgu L1 bez istotnego przemieszczenia łamanych kości). Zostałem wypisany z SOR-u tego samego dnia o godzinie 2:10 wraz z zaleceniami dalszego leczenia. Otrzymałem zwolnienie lekarskie od 03.07 do 18.07.25. Po dotarciu do auta wykonałem telefon do kierownika regionalnego, w którym poinformowałem go o zdarzeniu. Informacja że udaje się na SOR, wyznaczę inną kierowcę do rozwozu pozostałych zamówień.

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: ~~nie~~ / **nie dotyczy***
 - rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.):
 - czy stosowane środki były właściwe i sprawne:
6. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: ~~nie~~ / **nie dotyczy***
 - czy istniał obowiązek wykonywania pracy, przez co najmniej 2 osoby:
7. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: **tak** / ~~nie~~*
8. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: **tak** / ~~nie~~*
9. Odebyłem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: **tak** / **nie***
 - posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: ~~tak~~ / **nie***
 - stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: *na podstawie ART 237³ par 2¹ Kodeksu pracy, nie jestem zobowiązany do szkolenia BHP dla pracodawcy, ponieważ nie zatrudniam pracowników*
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 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.)

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 03.07.2025
- nazwa placówki służby zdrowia: SOR [] szpital w []
- okres i miejsce hospitalizacji: 03.07.2025 godz 1:22 do 03.07.25 r godz 2:10 SOR []
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: złamanie lewego łopatka poprzecznego kręgu L1 bez istotnego porażenia odłamów kości
- niezdolność do świadczenia pracy: 03.07-18.07.25 / 19.07-14.08.25 / 15.08-31.08.25
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

[] 03.07.25r
(miejscowość i data)

[]
(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

SPECJALISTA

[]

[]
(podpis)

* niepotrzebne skreślić