

Wpłynęło Kancelaria	2025 -08- 25	L. zał.
Zapis wyjaśnień poszka		
Nr. Rej.	V	

Pan/i urodzony/a /data urodzenia/
 imię i nazwisko: V /
 W zamieszkały/a w
 u zatrudniony/a w
 Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport) /rodzaj dokumentu seria numer/
 W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu
 uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej za składanie falszywych zeznań oświadczam,
 co następuje:
 1. Data, miejsce i godzina wypadku: 10.06.2025, siedziba nowego firmy 30
 Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 8:00
 Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 17:00
 Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane
 z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): Do godziny 17:00 przebywalem w swoim gabinecie mieszkowym
 Są dnia 10.06.2025 r. telefonicznie komunikując
 z jednym z klientów, mimo wiadomości, że jest już po godzinie 17:00
 do skupu.
 2. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis / przyczyny techniczne, ludzkie,
 organizacyjne): Siedzibowy Opis zdarzenia zakończony
 opisem w dowolnym momencie o wypadku, który
 przebiegł do 20:55. Przy niezapowiedzianym
 w czasie pracy na telefonie do mojej
 pracownicy - klienta był moim niezmiennym
 był morsypem na sierce nowej

* Pierwsze samochódmię i nie mogę pozybyć się. By móc posiadać od 10.06.2025 r. do 09.17.00 świadczony przez w miesiącu przebieganie kontrolnej (oprócz kolejnych)

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.): (nie)alegria

zdrowy koch

- 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. Odbyłem/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 udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej / nie był badany*.
13. 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.)
14. Pierwsza pomoc
- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 10.06.2025
- nazwa placówki służby zdrowia: Szpital
- okres i miejsce hospitalizacji: 13.06.2025 – 16.06.2025
- Gdzie jest lekarz? | W 10 | ~ 1 |

- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: ...niezdolność do pracy...
...złamienie kości...M2d.przysł. i k...Lewy...
- niezdolność do świadczenia pracy: 10.06.2025 - 10.07.2025
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

22.08.2025

/miejscowość i data/

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

STARSZY SP.

74

Wniosek złożyl:
swiadczennictwem płatnym/
ubezpieczony/ pełnomocnik
Tożsamość ustalona na podstawie
dokumentu tożsamości

* niepotrzebne skreślić

STARSZY SP.