

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan/Pani..

... urodzony/a..

w

....., zamieszkał

(miejsce urodzenia)

(miejscowość zamieszkania)

zatrudniony/a w TECHNOSOFT MATERIAŁÓW GOSPODARCZYCH

Dokument tożsamości (dowód osobisty/paszport).

(numer i numer)

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu 12.08.2025 przedzony/uprzedzona o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 11/08/2025 WUKONYWA NA PRACY

26.0

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku 07:30

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku 18:30

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwyczaje czynności związane z charakterem

prowadzonej działalności gospodarczej) CRYTAŁKI WNETRZA POJAZDU,

OKURZANIE, PRIME TAPICERKĘ, WYCLENIĘ PAKIETÓW,

PÓŁNIGI ZAPCANOWANA WYMIAKA KŁĘCKI WŁASNYM SAMOCZYNNIKU

PEUGEOT 208

~~PEUGEOT POLARISY SAMOCHÓD JEST TOWAREN HANDELU~~

I PRYGDOWIATEM DO DO SPRZEDZIĆ. JAJMIEJSIG KAPALA, KONSERWACJA I SPŁAĆDZIĘ SAMOCHÓD

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

OKOŁO 15:30 ZACZĄŁ WYSIĘĆ KOCĘ 2 GARBI

w. NÓBLIĘ SAMOCHÓD Z SĘDKIEM Z KOCĘM W REAKCJI

PÓŁNIAKIEM SIĘ I PRZYBÝAC ZAKOŃCZYĆ DZIAŁANIE

STAŁYJĄC LEWA STRÓŻ POSTAWIĘ JAK KRYŁO, PONIĘC

"CHRYSLER" I PRĄDEM, ODUCHAJĄC WIELGI BYŁ
ŚWIADKiem BYŁ MÓJ TATO,
PODPIĘTE, POMÓŻ MI WSTAĆ, PRZYNIJŚĆ KRZESTO
AŻY A PRZYSIADĘ CHWILĘ, OCHĘNAŁ Z BÓLU ZROBIĘ
MI SIG NEDOBERĘ. PO KRZYSKIEJ CHWILI POMÓŻ
POMÓŻ MI WSTAĆ DO FORDA, KIEDYMU ZONA
ZAWIÓRZA MNIE NA SOR SZPITALA W
TAM UDZIELONO MI NIEBŁĘDNej POMOCY.

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):

NIE DOKONAŁ

5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak/nie/nie dotyczy*

- rodzaj stosowanych środków (np. buty/kask/buty ochronne itp.):
PROFESSIONALNE ROBOCE BUTY OCHRONNE

- czy stosowane środki były właściwe i sprawne: *TAK*.....

6. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: tak/nie/nie dotyczy*

- czy istniał obowiązek wykonywania pracy przez co najmniej 2 osoby: *NIE*.....

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:
.....

*MĘ MAM OBOWIĄZKU,
PROWADZĘ J. D. G.*

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: *12.08.18. 2025*

6

- nazwa placówki służby zdrowia: SZPITAL SPECJALISTYCZNY

- okres i miejsce hospitalizacji JEDEN DZIEŃ - POKÓJ DORÓŻKA

12.08.2025

- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej 333.6 SKRECLENIE I NADERLAMIE

INNYCH CZĘŚCI STOMI, WÓLKI

- niezdolność do świadczenia pracy: 12.08.2025 - 24.08.2025

PRZY WYKONANIU KONTROLI U ORTOPEDY PO 10-DNIU DNIACH

- w dniu wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

7

14.08.2025

(miejscowość, data)

(podpis poszkodowanego)

- Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

INSPEKTOR

4. SIE. 2025

(podpis pieczętka)

zakład Ubezpieczeń Społecznych

*niepotrzebne skreślić