

WY  
Wypłyne! 01.09.2025

Nr tel:

## ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

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

..... zamieszkały/a w .....  
 ..... udniony/a w ..... WITASNA DZIAŁALNOŚĆ

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu ..... 6.07.2025 .....

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 6.07.25.  
10<sup>00</sup>
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 8<sup>00</sup>  
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 16<sup>00</sup>  
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykłe czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): PRZYJAZD DO  
KARSHOTATU. ZAPLANOWANIE WYKONANIA PRACY
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: PODCIĄG  
STRUGANIA. RÓWNANIA. DESKI. ŚWIĘRKOWIEJ  
PODBIĘO DESKE. NA SEKUNDĘ OSUNIĘŁA  
SIE REKA

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: tak / nie\*

  - nazwa, typ urządzenia, data produkcji FRIEZARIA - CZOPIARKA LEC-ha  
441.01 v.prod. 2021
  - 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.): ... ODZIEŻ  
ROBOCZA.....

– 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 przestrzegałem/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\* NIE DOTYCZY  
– posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak / nie\*  
– stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: .....  
.....  
.....  
.....

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: 4.07.2025
- nazwa placówki służby zdrowia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- okres i miejsce hospitalizacji: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: URAZ WIELOTKANOWY  
PALCA WLEWIET REKI Z UZYSKIEM TKANEK MIEKKICHT I KOŚCI
- niezdolność do świadczenia pracy: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim  
\_\_\_\_\_

27.08.2025

(miejscowość i data)

(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

?

.....  
(podpis i pieczątka)

\* niepotrzebne skreślić