

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

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

..... zamieszkały/a w

ul. ulicą ... al. Radziecyka w Jednościowcu, dnia 10 maja 2015 r. gospoda

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 21.02.2015 r.

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 21.02.2015 r.,
... goch ... 13:30 - 14:00
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 7:00 Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 15:00 Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (wykł. czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej):
Malowanie pomiarów
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:

Utrudnienie malowania na drobiezgach, posłegiem się ma chybimie wyników tego straciłem nowocześnie i sprawnie zebrać, przy upadku przebarwiałem osiągnąć średnie wyniki, których uległa zmiana (upadek z drugiego stopnia drogi)

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.): Ubranie, Buty, roboce
drabiny, mata, ochronka, statyw, uchwyt, podłokietnik, stolik, żuraw, żurawka, żurawka
- czy stosowane środki były właściwe i sprawne:
6. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: tak / 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. Odbyłem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / nie*
– posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak / nie*
– stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: *for... jestem... pracodawca*
10. W chwili wypadku ~~byłem/sem / nie byłem/sem~~ 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 dniu: *21.02.2025*
– nazwa placówki służby zdrowia: *Wojewódzki Szpital*
– okres i miejsce hospitalizacji: *21.02.25 - 21.02.2025, następne 02.03.2025 - 04.03.2025*
– rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: *Ujemanie przedramieniu*
– niezdolność do świadczenia pracy: *21.02.2025-07.03.2025, następne 02.03.2025 - 31.03.2025 (Termin wykryty i kontrolny)*

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

(miejscowość i data)

(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

(podpis i pieczętka)

* niepotrzebne skreślić

W załączniku proszę o kopię karty płatniczej
z Izby przyjęcia z dnia 21-02-2025r oraz kopię karty
płatniczej zlecenia leczniczego z dnia 09-03-2025r
Proszę także oświadczenie zleceniodawcy z
dnia 18-03-2025r oraz kopię faktury z
dotyczącej wynagrodzenia za świadczenie
wykonanej przed wypisaniem

NIP 01