

Załącznik nr 1 do Procedury
 Obsługa zawiadomienia o wypadku
 wydanej pismem okólnym Nr 2
 Dyrektora Departamentu Świadczeń Emerytalno-
 Rentowych z dnia 3 września 2015 r.
 Wersja Procedury 1.1

tel

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan/i urodzony/a
/imię i nazwisko/ */data urodzenia/*

w zamieszkały/a w ..
.....

ul., zatrudniony/a w ..
.....

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub pasz)
/rodzaj dokumentu seria numer/

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu 24.12.2024r.

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 24.12.2024r. A
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 8⁰⁰
 Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 18⁰⁰
 Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane
 z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): myłek samochód

3. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis / przyczyny techniczne, ludzkie,
 organizacyjne): 11.0lniu. 24.12.2024r. po godzinie 8⁰⁰
pmyłek samochód p.... H. k. ralnicie mycia

jeżo samochodu, pod lonicę wykazywania
usługi pośrednictwem się i wspólnictwem na
papierze stanowiącym cokół ciala upadku
na prawie niega. Czy leczalem na połockie
całkiem bardzo silny bol. Pan ^{rodziców}
domnie pomóg mi wstać. Naprawdę mi
do pocałunku dla wieńców. Ulegałem no
kranapię, nega, juz kiedy bardzo sprawni
i nadal odważnie bardzo silny bol. Poin
wejściach zapylał cay. ~~odleciał~~ odniósł mnie
na SOR, na co od razu się pochwilem.
Przechodziły my jeżo samochodem.

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.): ...buc ty...ochronne, odzież ochronna.....
– czy stosowane środki były właściwe i sprawne:tak.....

8. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: tak / nie / nie dotyczy*
– czy istniał obowiązek wykonywania pracy przez co najmniej 2 osoby:nic.....

9. W trakcie pracy przestrzegalem/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: ...odzież ochronna, buc ty.....

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: 27.12.2024 r.

- M
- nazwa placówki służby zdrowia: SPWSS N SOR
 - okres i miejsce hospitalizacji: podwórkowa lokanice z e stanem zadowolonym
 - rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: ALAMANIE
 - niezdolność do świadczenia pracy: 27.12.2024 r. - nadal
 - w dacie wypadku przebywałem/eam / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

6.03.2025 r.
/miejscowość i data/

.../miejscowość/
/podpis poszkodowanego/

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu
INSPEKTOR

/podpis i pieczętka/

* niepotrzebne skreślić