

ZBIENIE SPOŁECZNE

Wpłynęło 01-09-2015
Nr rej.

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

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

..... zamieszkały/a w

..... dniony/a w *WŁASNA DZIAŁALNOŚĆ*

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu *4.07.2015*

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: *4.07.25*
..... *10⁰⁰*

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: *8⁰⁰*
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: *16⁰⁰*

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): *PRZYSTĄP DO*
..... *WARSZTATU. 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: *PODCIĄS*
..... *STRUGANIA RÓWNANIA DESKI ŚWIERKOWEJ*
..... *PODBIŁO DESKĘ NA SEKU I OSUNĘŁA*
..... *SIE RĘKA*

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

– nazwa, typ urządzenia, data produkcji FABERKASTO - CZOPCIARKA LFC-4a
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. Obyłem/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 państwowej – 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 WIELOTKANKOWY
PALCAVLEWEJ REKI Z UBYTKIEM TKANEK MIĘKKICH 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 pieczęć)

* niepotrzebne skreślić