

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 paszport)
(rodzaj dokumentu)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 15.11.2024r.

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 15.11.2024r. 11⁰⁰

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 6⁰⁰ Planowana
godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 14⁰⁰ Rodzaj czynności

wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej):

..... Sprowadzenie konstrukcji stalowych

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:

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

- nazwa, typ urządzenia: data:

(spawarka)

- czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób):

Maszyna sprawna i użytkowana zgodnie z zasadami producenta (spawarka)

Wykonywanie pełnego spawalnictwa

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

- rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.):

Buty, odzież ochronna, pny, łbice spawalnictwa

- 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. Odbylem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / ~~nie~~*
- 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: 15.11.2024r.
 - nazwa placówki służby zdrowia: Szpital Miejski
 - okres i miejsce hospitalizacji: 15.11.2024 - 16.11.2024r. Centrum
 - rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: Opalenie termiczne
 - stopnie Ty okolicy dot. Tokiowego lewego 3% powierzchni ciała
 - niezdolność do świadczenia pracy: Tak
-

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

..... od 15.11.2024r. - 12.01.2025r.

28.02.2025r.

(miejscowość i data)

.....
(kopia pyczkowanego)

.....
Działalność

.....
łasnoręczność podpisu