

ZAPIS WYJASNIĘĆ POSZKODOWANEGOPan/i.....
(imię i nazwisko)

.....urodzony/a....

2025 -06- 18
L. zał.

(data urodzenia)

W
.....zamieszkały/a w ...|

ul. , zatrudniony/a wMECHANIKĄ POJAZDOWĄ |

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport

(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/am w dniu10.04.2025r.....

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku...10.04.2025r....warsztat samochodowy...godz. około 9³⁰.....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).....

.....naprawa samochody VW Passat nr rejestr.....

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:

W dniu wypadku 10.04.2025r. rozpoczęłem pracę w zakładzie MECHANIKĄ POJAZDOWĄ w której jestem właścicielem. Około godz. 9³⁰ zjechałem z kanału diagnostycznego na zewnątrz warsztatu. Wróciłem do warsztatu ponieważ zapomniałem zabrać osłonę silnika. Przechodząc koło kanału, w pewnym momencie poślizgnęła mi się nogą, straciłem równowagę i wpadłem do kanału uderzając ciałem w najazd kanału. Wyszedłem o własnych siłach mocno obolały. Później zauważyłem, że była rozlana niewielka plama płyn chłodniczego co było przyczyną mojego poślizgnięcia. Poszedłem do pracownika pana [] który naprawiał inny samochód i powiedziałem mu o zdarzeniu. Ponieważ odczuwałem mocny ból w ramieniu i klatce piersiowej pan [] dwoiżł mnie na Izbę Przyjęć szpitala w Żywcu. Tam wykonano prześwietlenie. Nie stwierdzono złamań. Założono mi chustę trójkątną oraz dano mi leki przeciwbólowe, następnie wróciłem do domu.

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

- nazwa, typ urządzenia, data produkcji.....
.....nie dotyczy.....

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

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

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

- czy stosowane środki były właściwe i sprawnetak.....

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 przestrzegalem/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:.....
.....buty robocze antypoślizgowe.....
.....

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 - zakończony / w trakcie / umorzone itp.)

.....nie dotyczy.....
.....
.....
.....
.....
.....

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu - w dniu 10.04.2025r.
- nazwa placówki służby zdrowia
..... SZPITAL Ć Izba Przyjęć
- okres i miejsce hospitalizacji nie dotyczy
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej
..... stłuczenie stawu ramiennego lewego, uraz kręgosłupa oraz klatki piersiowej
- niezdolność do świadczenia pracy od - 10.04.2025 do - nadal
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am* na zwolnieniu lekarskim.

[REDACTED] 18.06.2025r.
(miejscowość i data)

_____ (podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

Tożsamość ustalono
na podstawie (podpis)
dokumentu tożsamości

* niepotrzebne skreślić

