

.....
(znak sprawy)

Opinia w sprawie prawnej kwalifikacji wypadku

Nazwisko i imię poszkodowanego

Kwestia do rozstrzygnięcia:

Czy uznać zdarzenie z dnia 15.11.2024 r. za wypadek podczas:

- wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności;
- ~~— wykonywania zwykłych czynności związanych ze współpracą przy prowadzeniu pozarolniczej działalności;~~
- ~~— wykonywania pracy na podstawie umowy uaktywniającej, o której mowa w ustawie z dnia 4.02.2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3~~

~~lub w drodze do lub z miejsca:~~

- ~~— wykonywania pozarolniczej działalności;~~
- ~~— współpracy przy prowadzeniu pozarolniczej działalności;~~
- ~~— wykonywania pracy na podstawie umowy uaktywniającej, o której mowa w ustawie o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3⁴⁾~~

Wniosek:

W oparciu o całość przedłożonej dokumentacji, proponuję

Uznać zdarzenie z dnia 15.11.2024r. jako wypadek przy pracy podczas prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej.

Uzasadnienie:

Przedmiotem prowadzonej działalności przez Pana
— Obróbka Mechaniczna elementów metalowych.

w przeważającej części jest kod PKD 25.62.Z

Adres siedziby firmy Pana jest taki sam jak adres zamieszkania.

W dniu zdarzenia 15.11.2024r. Pan _____ wykonywał zadania związane z prowadzoną pozarolniczą działalnością gospodarczą — wykonywał usługi spawalnicze na terenie _____ „Gromadach” w _____

Podczas spawania konstrukcji stalowych doszło do zapalenia się odzieży roboczej na wysokości lewego przedramienia. Oparzenia wywołały ogromny ból. Na terenie zakładu udzielono Panu _____ pomoc przedmedyczną, a następnie przewieziono do Szpitala Miejskiego _____ skąd pokierowany został do Centrum Leczenia Oparzeń _____ Stwierdzono oparzenie termiczne II stopnia barki i kończyny górnej z wyjątkiem nadgarstka i ręki.

Związek działalności z doznanym urazem Pan _____ udokumentował zeznaniami świadków oraz zaświadczeniem potwierdzającym wykonywanie usług spawalniczych na terenie _____

.....
(Data, pieczęć i podpis osoby opracowującej)

Opinia osoby uprawnionej do aprobaty

Po zapoznaniu się z dokumentacją i uzasadnieniem zgadzam się z uznaniem zdarzenia z dnia 15.11.2024r. za wypadek przy pracy podczas prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej

(Data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej do aprobaty)

Opinia osoby uprawnionej do superaprobaty²⁾

Uznaje zdarzenie z dnia 15.11.2024r. za wypadek przy pracy
podczas prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej
Zgodnie z wnioskiem aprobaty

17. KWI. 2025

(Data, pieczęć i podp

Opinia Konsultanta²⁾

(Data, pieczęć i podpis konsultanta)

Opinia Z-cy Dyrektora ds. Świadczeń²⁾

(Data, pieczęć i podpis Z-cy Dyrektora ds. Świadczeń)

Decyzja osoby uprawnionej do superaprobaty

(Data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

¹⁾ niepotrzebne skreślić

²⁾ wypełnić w zależności od stanu spraw