

Wpłynęło Kancelaria	2025 -08- 25	L. zał.
Zapis wyjaśnień poszkodowanego		
Nr. Rej.	461	

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

W zamieszkały/a w

u zatrudniony/a w *oh. gospodarcza - Newbold & Partners*

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

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu *10.06.2025r.*

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: *10.06.2025, sierka wewnątrz
ofisa gosp. 17:30*
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: *8:00*
 Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: *19:30*
 Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane
 z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): *Do godziny
17:05 przebywałem w swoim gabinecie mieszczącym
się przy
głównym wejściu stacjonarną kasy fiskalnej
po 17:05 przebywałem na korytarzu między
drzwiami do Słupne*
3. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis / przyczyny techniczne, ludzkie,
 organizacyjne): *Srogołowy opis zdarzenia został
opisany w zawiadomieniu o wypadku, który
przebiegał do ZUS. Płynęło naprężenie upadku
w trakcie jazdy na kółkach do mojej
pracy - klientka była moją nie klientką, która
była wysypiona na sierce nowożytnej.*

* Pracuję samodzielnie i nie mogę
osoby która by mogła poswiadczyć że
10.06.2025 r. do godz. 17:00 świadczyłam
pracę w miejscu przebiegu działalności
gospodarczej

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.): nie dotyczy

zobowiązany... Kosz...

- czy stosowane środki były właściwe i sprawne:
8. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: ~~tak~~ / nie / nie dotyczy*
- czy istniał obowiązek wykonywania pracy przez co najmniej 2 osoby:
9. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: tak / ~~nie~~*
10. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: tak / ~~nie~~*
11. Odbylem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / nie*
- posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: ~~tak~~ / nie*
- stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka:
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 udzielania pierwszej pomocy lekarskiej~~ / nie był badany*.
13. 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.)
14. Pierwsza pomoc
- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 10.06.2025
- nazwa placówki służby zdrowia: Szpital
- okres i miejsce hospitalizacji: 13.06.2025 – 16.06.2025
- Gomochlebny

- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: wieloodłamowe złamienie kości nadgarstka i kręka lędźwi
- niezdolność do świadczenia pracy: 10.06.2025 - 04.07.2025
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

22.08.2025
/miejscowość i data/

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

STARSZY /sp/

TA

Wniosek złożył:
~~świadczący/ubezpieczony/~~ świadczeniobiorca/ płatnik/
~~ubezpieczony/ pełnomocnik~~

Tożsamość ustalono na podstawie dokumentu tożsamości

* niepotrzebne skreślić

STARSZY /sp/