

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

Pan/i urodzony/a
(imię)

w .. zamieszkały/a w

ul. zatrudniony/a w

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

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 5.05.2025

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 5.05.2025 godz. 09:30
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 8:00
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 16:00
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykłe czynności związa z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): M. p. v. o. s. e. c. e.
M. p. v. o. s. e. c. e.
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): Pracę rozpoczęte
w dniu 5.05.2025 o godz. 09:00. O godz. 09:30 pojedukt zatrudniony do sklepu na ul. Jagielskiego
pojedukt zakupy produktów nowych.

Ogode 930 pod jednym z rokami
pod 2010. Wysiedleje zwierzątka
siz i adenogenem siz ponizm folcerek
jego samego chia dolo godz 1100
folcerem siz do pomoc do przedost
poniedzieli oto bedziesz - kowalewicz ace
et.

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.):
-
- 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. Odbyłem/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 udziela 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: *5.05.2025*
- nazwa placówki służby zdrowia: *NZOZ... Powiat... Ostrołęka*
- okres i miejsce hospitalizacji:
od 09.05.2025 do 11.05.2025 w szpitalu w Ostrołęce
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: .. *Odrzut kciuka, plasty*
- niezdolność do świadczenia pracy:
- w dacie wypadku ~~przebywałem/am~~ nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim
.....

11.05.2025
(miejscowość i data)

10.06/2025
(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

STARSZY REFERENT

* niepotrzebne skreślić