

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan/ [redacted]..... urodzony/a [redacted]  
/imię i nazwisko/ /data urodzenia/  
W [redacted] zamieszkały/a w [redacted]  
U [redacted] zatrudniony/a w [redacted]  
Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport) [redacted] /rodzaj dokumentu seria numer/  
W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu [redacted].....  
uprzedzony(a) o odpowiedzialność karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam,  
co następuje:  
1. Data, miejsce i godzina wypadku: 06.09.2025, ZAKŁAD STOLARSKI  
[redacted]  
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 11:00  
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 12:00  
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (wykaz czynności związane  
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): FREZOWANIE NA  
...FREZARZCE DO DZERGIA 10. MAM ZAKŁADZIE STOLARSKIM  
...BŁUGÓRCE, PODCZAS FREZOWANIA MATERIAŁU, ROZŁĘCZNIĘ  
...OBRABIANEGO, ZAMÓWIENEGO PRZEZ Klienta  
.....  
.....  
3. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis / przyczyny techniczne, ludzkie,  
organizacyjne): W DNIU 06.09.2025. PODROCZAKIEM PRACE... W  
...NOYM ZAKŁADZIE STOLARSKIM O GODZINIE 11:15  
PRACI... POLEGALI NA PRZYGOTOWANIU PRZED DRGOWANIEM  
DO DOMU YGDYNO RZĄDZIŁ NIEGO NA ZANOSZCIE DLA  
Klienta... Około GODZINY 12:00 PODROCZAKIEM  
PRZYGOTOWYWAŁE FREZOWANIA MATERIAŁU PRZEZ  
NNIE OBRABIANEGO MUSIAŁECM OFEROWAĆ MATERIAŁ

DO ZAMÓWIENIACH DOSTĘPNI SPOSÓB UŻYTKOWANIA.

1. OBSŁUGI FRĘZARDU. YEST MI BARDZO DOBRYM

ZNAMY NA WYSYK NIEGENOŚĆ FRĘZAROG PRACUJE

10 LAT PODCZAS FRĘZAROG MIESIĘCIA.

1. FRĘZERÓW MIEJSCE OBRABIANEGO REKRECIE

10 MATERIAŁÓW OBRABIANEGO CO SPRAWODLAWKO

10 OSOB W WYSYK LEPSZYCH NA MIEJSCA FRĘZY.

10 UPRZEDZENI WYKONAJ

25 Z 1 ZANARIA W FORMIE

LICZNIK

15. WYKONANIE Działalność prowadząc zakład

stolarski Ciemnym starych gospodarstwach

zakładać tego ośmioramiennym wykonac

rytu gęste wykonywanie okrągły wyciągniętych

szewra siernowego

nie dokonywać astyg i wyporódków

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn lub urządzenia; tak / nie\*

- nazwa, typ urządzenia, data produkcji PILARKO FRĘZARKA

URZĄDZENIE ELEKTRYCZNE, ZAKLINOWAĆ JE SHODZI

2. DOTACJI NA WYSYK SPRZEDAŻM OKOŁO 4 LATA TEMU

- czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób); URZĄDZENIE BYŁO SPRAWNE I UŻYTKOWANE ZGODNE

2. ZASADAMI PRODUCENTA ORAZ ZGODNE Z ZASADAMI  
OBSTACIĘ TEGO TYPU URZĄDZENIA

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

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

NIE DOTSZCZE

- czy stosowane środki były właściwe i sprawne: NIE DOTYCZĘ
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 / nie  
 – posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak / nie Nie   
 .... elu zmniejszenia ryzyka: ....  
 .... NIE JESTEM PRACODAWCĄ  
 .... Przestrzegamie przepisów i zasad BHP 10.2025
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 – zakończone / w trakcie / umorzone itp.)  
 ....  
NIE DOTYCZĘ  
 ....  
 ....  
 ....  
 ....  
 ....
12. Pierwsza pomoc  
 – pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 06.09.2025  
 – nazwa placówki służby zdrowia:  0  
 ....  
 – okres i miejsce hospitalizacji: 06.09.2025 - 20.15 do 08.09.2025 01/IC  
 ....

W - uraz po/co 3, 4, 5 stadiu lewej  
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: MOZPOZNAKIE... Nip.  
10 - załączem karty informacyjne zle szpitala  
10 - niezdolność do świadczenia pracy: DO DNIA 10.09.2025 DO DNIA  
10 - 12.10.2025  
10 - w dacie wypadku przebywałem/eam / nie przebywałem/eam na zwolnieniu lekarskim  
NIG DOTYCZA

[redacted] /miejscowość i data/

[redacted] /podpis poszkodowanego/

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

[redacted] /podpis i pieczętka/

Rola / stan /	
Wystawca: ZPSS - 13- 01	
Przypis: /o/	

Tożsamość ustalona na podstawie  
dokumentu tożsamości  
dowodu osobistego /[redacted]/

[redacted]

Wniosek złożył:  
[redacted]  
[redacted]  
ubezpieczony / pełnomocnik

\* niepotrzebne skreślić