

(znak sprawy)

OPINIA W SPRAWIE PRAWNEJ KWALIFIKACJI WYPADKU

Nazwisko i imię poszkodowanego



Kwestia do rozstrzygnięcia:.....
.....

Czy uznać zdarzenie z dnia 04-07-2025 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 3¹⁾

Wniosek:

W oparciu o całość przedłożonej dokumentacji, proponuję **uznać** zdarzenie z dnia 04-07-2025 r. jako wypadek podczas wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności.

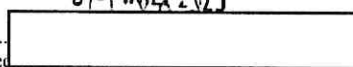
Uzasadnienie:

Podany przez poszkodowanego opis okoliczności i przyczyn wypadku spełnia wymogi definicji wypadku przy pracy.

Data, okoliczności oraz rodzaj urazu znajdują potwierdzenie w dokumentacji lekarskiej.

INSPEKTOR
30 WRZ 2025

(Data, pieczęć)



Opinia osoby uprawnionej do aprobaty

proponuję wydać zdanie z dnia 4 lipca 2025 r. jako wyraz podnoszący wykonanie
zobowiązań chłopiństwa z planowaną działalnością państwową z powołaniem do
świadectwa ubezpieczenia wypadkowego

APRCEANT

- 1 PAZ 2025

(Data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej do aprobaty)

Opinia osoby uprawnionej do superaprobaty²⁾

nowe zdanie z 4 lipca 2025 r. za wyrazem podnoszący wykonanie
zobowiązań chłopiństwa z planowaną działalnością państwową z powołaniem do
świadectwa ubezpieczenia wypadkowego

NACZELNIK

Wydziału Świadczeń

Emerytalno-Rentowych 1

2.10.2025

(Data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

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 sprawy