

ZAPIS WYJAŚNIENÍ POSZKODOWANEGO

Pan/r urodzony/a 16.12.2000
(imię i nazwisko) (data urodzenia)

w POŁICE zamieszkały/a w

ul., zatrudniony/a w

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport) ... DOWÓD OSOBISTY
(nazwa dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 21.02.2025r.

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 21.02.2025r.
ok. 10:59 WEDŁUG AUTOMATYCZNEGO POWIADOMIENIA SŁUŻB RATUNKOWYCH
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 6:00
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 18:00
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): PODRÓŻ Z HOTEŁU
DO PUNKTU ODBIORU MATERIAŁÓW Z FIŁMY
PRZEJAZD Z PUNKTU DO CENTRUM CERTYFIKACJI SPRZĘTU RATUNKOWEGO
W TRAKCIE PODRÓŻY DO CENTRUM CERTYFIKACJI NA DRODZE L55
NA MIĘCZ. DOŚCIŁO DO KOLIZJI
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: W TRAKCIE PODRÓŻY
PROWADZIŁ POJAZD PO CZYM ZJEDŁ Z
NASZEGO PASA DULBU PO CZYM POCHUŁI ZEBNAŁEM NA
I W TYM SAMYM MOMENCIE DOŚCIŁO DO KOLIZJI

PODŁAS CAŁEGO PRZEBIEGU WYDARZENI BYTEM POD TELEFONEM
I MOIM DRAZ... ZELENIOWA T.7.
I. PROWADZĄCY DZIAŁALNOŚĆ...
UZ OGRANICZONA ODPowiedzialnością...
WARSZAWA NIP: Do momentu
PRZYBYCIA SŁUŻB RATUNKOWYCH DAVID BYŁ ŻEŃNA
POD TELEFONEM.

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.): PASY BEZPIECZENIA
 – 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: POZYWALAJĄCIE
WYKONYWANIE PRACY TAK
7. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: tak / nie*
8. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowych zadań związanych z prowadzeniem działalności: tak / nie*
9. Odbylem/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 udzielania 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.)
PROKURATOR POLICJI WRAZ Z TALENTACZEM, DEKRA, POLICJA
STAN SPRAWY W TRAKCIE
POLIZEINSPEKTION IN SEPTEMBERG.
RESULT INFORMACJI POSIADA P.

12. Pierwsza pomoc:

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 21.02.2025
- nazwa placówki służby zdrowia: SANA KLIMKEN NIEDERLAUSITZ, KLIMILBERG, SEFTENBERG
- okres i miejsce hospitalizacji: 21.02.2025 – 04.03.2025
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: S92.7, S92.3, S92.33
- niezdolność do świadczenia pracy: 21.06.2025
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

03.07.2025
(miejscowość i data)

30)

..... Protokolował i potwierdził własnoręcznie podpis 2025-08-05
NYCH
Idencji Tożsamość potwierdzona
(podpis i pieczęć) na podstawie
dowodu osobistego/ paszportu

* niepotrzebne skreślić