

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

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

w zamieszkały/a w ..
ul. — zatrudniony/a w

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

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu 23.06.2024

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 23.06.2024 godz. 13:30
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 9:00 ..
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 16:00 ..
3. Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (wykiele czynności związane
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): Różne/Edaniz ..
— o danym dni regałach a magazynie firmy ..

na górnjej pośrodku. W pownym momencie uspylejeli się.
Autorem powyższego jest spadający z drabinu żandarm. Czarny kask
z jasnymi plamami, dloni o wyściągły rancie metalowym, rękawice
sztyftowe, teza 6416, noszący dloni i uszkodzone skosy.

W dniu 21.06.2021 na flocie głosowej towarzyszy firmie

~~22.06.2024~~ na flocie głosowej towarzyszy firmie

~~10.06.2024~~ na flocie towarzyszy firmie

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyny/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. buly, 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 / nie byłem / nie byłem / nie byłam~~* w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzących lub psychotropowych.
Stan trzeźwości w dacie wypadku: ~~badany przez organ policji / badany w czasie udzielenia 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.)
.....
.....
.....
12. Pierwsza pomoc
– pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: ... 23.06.2024

- nazwa placówki służby zdrowia: Połwafony Szpital
.....
- okres i miejsce hospitalizacji: 23.06.2016 do 26.06.2021
KONIAKOWY SZPITAL
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: 6 tygodnia temu
na głoszku i rysu, 01.07.2021 mija się z okresem prostowania nadgązka
- niezdolność do świadczenia pracy: 23.06.2021 do 21.12.2021
Skreślono: 1. e habilitacyjne od 22.12.2021 do 21.03.2021
- w dniu wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim
.....

11.02.2021
/miejscowość i data/

/podpis poszkodowanego/

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

ŽAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Włosoś

W

* niepotrzebne skreślić