

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

Pan/i [redacted] urodzony/a [redacted]

(imię i nazwisko) (data urodzenia)

w [redacted] ... zamieszkały/a w [redacted]

ul [redacted]atrudniony/a w

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport) [redacted]

(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 24.04.2025.....

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 24.04.2025. [redacted]
[redacted] godz. 11⁰⁰
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 8⁰⁰
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 15⁰⁰
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykłe czynności związane
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): Renowacja.....
...parteru, układanie podłóg, dekoracyjne...
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: 13.04.2025
...wysokiej temperaturze...prace...przeprądzki...na...wysokim miejscu
...użytkownika...prawdziwe...duchownego...Gospoda...
...fizycznie...kilka...kilka...dowolny...wysoki...wysoki...

2

...płate... stolarza... teraz... Chwilę temu... obserwuję...
...łopatka... charakterystyczna... o wymiarach... dt.: 20 x 5 cm...
...i... przyczepiona... do... tła... tzn. głowicy... i... [redakcja]...
...iak... dotknąłem... palcem... usłyszałem...
...obracającą się... farową... i... dźwiga... da... wyfradzie...
...metamorfy... oddech...

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: tak / nie*
- nazwa, typ urządzenia, data produkcji ...
...Przenośna... Pilarka... stolarska... PARKSIDE... Parkside PTD 20 A1
...rok produkcji... 2019...
 - czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób):
...urządzenie... jest... sprawne... techniczne... i... nie... jest... kawane...
...zgodnie... z... zasadami...

-
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 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.)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 24.04.2025
- nazwa placówki służby zdrowia: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
- okres i miejsce hospitalizacji: 24.04.2025 - 24.06.2025
.....
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: Otrwany rana na
palca 2. kroka do końca przeskakująca
- niezdolność do świadczenia pracy: 24.04.2025 do 08.05.2025
.....
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim
.....

3.05.2025
(miejscowość i data)

✓ (podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

STARSZY SPECJALISTA
(podpis pieczęć)

3.04.2025

* niepotrzebne skreślić