

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan/I [ ] urodzony/a [ ]  
[ ] /imię i nazwisko/ [ ] /data urodzenia/  
W [ ] zamieszkały/a w [ ]  
[ ] zatrudniony/a w [ ]  
Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport) [ ]  
[ ] /rodzaj dokumentu seria numer/

W związku z wypadkiem jakemu uległem/uległam w dniu [ ],  
uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam,  
co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 06.09.2025 Zakład Stolarski  
[ ]
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 14:00  
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 22:00  
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): FREZOWANIE NA  
FREZARCE DO DRZEWIA W MCM ZAKŁADZIE STOLARSKIM  
W HUGONIE, PODRZĄS FREZOWANIA MATERIAŁU PRZEDSIEM  
OBRABIANEGO, ZAMÓWIONEGO PRZEZ KLIENTA
3. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis / przyczyny techniczne, ludzkie, organizacyjne): W DNIU 06.09.2025 PODCZAS PRACY W  
MCM ZAKŁADZIE STOLARSKIM O GODZINIE 14-TEJ  
PRACA POLEGAŁA NA PRZYGOTOWANIU DRZWI DRZEWIANYCH  
DO DOMU JEDNORÓDZINNEGO NA ZAMÓWIENIE DŁAT  
KLIENTA, OKOŁO GODZINY 18-TEJ PODCZAS  
PRZYGOTOWYWANIE FREZOWANIA MATERIAŁU PRZEDSIEM  
NNIE OBRABIANEGO MUSIAŁEM OFREZOWAĆ MATERIAŁ

DO ZAMÓWIONYCH DRZWI SPOSÓB UŻYTKOWANIA

1. OBSŁUGI FREZARKI YEST MI BARDZO DOBRZE

ZNANY. NA WYŻEJ WYMENOWANEJ FREZARCE PRACUJĘ

1.10.025  
[REDAKTOWANE] 10 LAT PODCZAS FREZOWANIA MATERIAŁU  
PRZEZ DANE OBRABIANEGO [REDAKTOWANE] RĘKNIĘCIE  
MATERIAŁU OBRABIANEGO CO SPOWODOWAŁO  
POCZĄTEK PRACY LEWEJ RĘKI NA OŚRODKU FREZY

[REDAKTOWANE] WYKONAŁ [REDAKTOWANE]

Z [REDAKTOWANE] ZAWARTĄ W FORMIE

WZTAŚC

15. [REDAKTOWANE] działalność prowadzę, zakład

stolarski (nie mam stałych gości, stancja

zakładu tego dnia miałem wykonać

usługę wykonania okna wejściowego

drewna sosnowego

nie dokonywałem usług i wyprodukowałem

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

- nazwa, typ urządzenia, data produkcji: PILARKA FREZARKA

URZĄDZENIE ELEKTRYCZNE, ZAKUPIONA ZE ŚRODKÓW

2. DOTACJI NA WMOJĄ SPRZEDAŻ OKOŁO 4 LATA TEMU

- czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki

sposób): URZĄDZENIE BYŁO SPRAWNE I UŻYTKOWANE ZGODNIE

2. ZASADAMI PRODUCENTA ORAZ ZGODNIE Z ZASADAMI

OBSŁUGI TEGO TYPU URZĄDZEŃ

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

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

NIE DOTYCZY

- 1
- czy stosowane środki były właściwe i sprawne: NIE DOTYCZY
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 przestrzegałem/am zasad BHP: tak / nie\*
8. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego 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\* Nie

[redacted] celu zmniejszenia ryzyka: [redacted]

NIE JESTEM PRACODAWCĄ

Przebieganie przepisu i zasad BHP 31.10.2025

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 policyjny / 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.)

NIE DOTYCZY

12. Pierwsza pomoc

– pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 06.09.2025

– nazwa placówki służby zdrowia: [redacted]

– okres i miejsce hospitalizacji: 06.09.2025 20:15 do 09.09.2025 01:10

3.10.2025  
 - uraz polca 3, 4, 5 ręki lewej  
 - rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: ...rozpoznał... w p.  
 ...zobacz... karty informacyjnej ze szpitala  
 - niezdolność do świadczenia pracy: od dnia 06.09.2025 do dnia  
 12.10.2025  
 w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim  
 NIE DOTYCAŁ

[Redacted]

/miejscowość i data/

[Redacted]

/podpis poszkodowanego/

~~Protokołowałam i potwierdziłam własnoręcznie podpis~~

.....  
 /podpis i pieczęć/

[Redacted]

Wzrost: 170	
Waga: 70	2005-10-01
Miejscowość: ...	

Tożsamość ustalono na podstawie  
 dokumentu tożsamości  
 dowodu osobistego / ~~paszportu~~

[Redacted]

Wniosek złożył:  
~~swiadek/aktor/aktor/aktor/~~  
 ubezpieczony/ pełnomocnik

\* niepotrzebne skreślić