

## ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

Pan/ ..... urodzony/a  
(imię i nazwisko)

.....  
(data urodzenia)

zamieszkały/a w

zatrudniony/a w prowadzę działalność gospodarczą  
NII

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

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 02.12..2024r. ....

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 02.12.2024r, 87. 18, godzina 13:00.
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 10:00.  
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 15:00.  
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykłe czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): W dniu 02.12.2024r. w godzinach 10:00 - 13:00 w miejscu prowadzenia działalności gospodarczej, zewnętrz, przed garażem , przygotowywałem materiał do obróbki (cegła). Musiałem przecinać cegły na trzy różne długości za pomocą przecinarki kątowej. Pocięta cegła miała być ułożona na ścianie u klienta w wykańczanym budynku mieszkalnym. O godzinie 13:00 podczas tej czynności uległem wypadkowi.
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 ramach prowadzonej działalności gospodarczej zajmuję się świadczą usługi między innymi robót budowlanych wykończeniowych. Szczegółowy opis okoliczności, miejsca wypadku znajduje się w zawiadomieniu o wypadku. Zewnętrzna przyczyną wypadku było zablokowanie się tarczy kątówki w przecinanej cegle, co spowodowało, że maszyna odbiła , szarpięła i zraniła mnie w lewo kolano, ponieważ nie byłem

w stanie jej utrzymać. W skutek wypadku doznałem rany lewego kolana, ponieważ rana była dosyć duża, po zabezpieczeniu rany bandażem, brat zwiózł mnie do : gdzie na SOR udzielono mi pomocy medycznej.

Świadków wypadku był mój : który był w pobliżu. ✓

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: / tak \*
  - nazwa, typ urządzenia, data produkcji: przecinarka kątowa ✓
  - czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób):.. Urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta ✓
5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: / tak\*
  - rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): miałem założoną odzież i obuwie robocze, rękawice robocze i okulary ochronne, przecinarka kątowa miała założone osłony ✓
  - czy stosowane środki były właściwe i sprawne: tak.....
6. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: / nie dotyczy\*
  - czy istniał obowiązek wykonywania pracy, przez co najmniej 2 osoby: nie.....
7. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: tak /\*
8. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: tak /
9. Odbyłem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: nie dotyczy / \*
  - posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: nie / \*
  - stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: .....
10. W chwili wypadku / nie byłem/am\* w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych.  
Stan trzeźwości w dacie wypadku: przez organ policji / w czasie udzielania pierwszej pomocy lekarskiej / nie był badany\*.
11. W sprawie / 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 – 02.12.2024r.....  
.....  
✓
- nazwa placówki służby zdrowia:  
.....
- okres i miejsce hospitalizacji: -  
.....
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: Otwarta rana kolana, rana cięta skóry i tkanki podskórnej kolana lewej , długości 7-8cm. Bez cech uszkodzenia ścięgien dużych naczyń i nerwów.....  
.....
- niezdolność do świadczenia pracy: nie brałem zwolnienia lekarskiego.....  
.....  
✓
- w dacie wypadku / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim  
.....  
✓

23. 03. 2025r.

(miejscowość i data)

(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

STAROŚCZYSKI INSPEKTOR  
.....

(podpis i piętno)

\* niepotrzebne skreślić

