

ZAKŁAD OCHRONY PRACY PRACOWNIKÓW	
COKK - Sala Obsługi Klientów	
WPEŁNIO „10”	07-07-2025
numer rej.	
kierowano do	

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan/iJ urodzony/a
/imię i nazwisko/

/data urodzenia/

W zamieszkały/a
działalność gospodarcza

zatrudniony/a w własna

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

/rodzaj dokumentu seria numer/

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu 08.09.2024

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 08.09.2024 godz. 12:30 ul :
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 12:00
3. Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 15:00
4. Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej-zgodnie z opisem – wyjaśnienia poszkodowanego.
5. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis / przyczyny techniczne, ludzkie, organizacyjne): zgodnie z opisem – wyjaśnienia poszkodowanego.
- 6.
7. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: **nie***
 - nazwa, typ urządzenia, data produkcji
 -
 -
 - czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób):
 -
 -
8. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: **nie dotyczy**

- rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp)
 - czy stosowane środki były właściwe i sprawne: tak
8. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: nie dotyczy
- czy istniał obowiązek wykonywania pracy przez co najmniej 2 osoby: nie
9. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: tak
10. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: tak
11. Odbyłem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak
- posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: nie*
 - stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: 12. W chwili wypadku **nie byłem/am*** w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych.
- Stan trzeźwości w dacie wypadku: **nie był badany***.
13. W sprawie **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.)
14. Pierwsza pomoc
- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 08.09.2024 na SOR
 - nazwa placówki służby zdrowia: Mazowiecki Szpital Wojewódzki w
 - okres i miejsce hospitalizacji: nie
 - rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: I ^{amalia} zeber złamanie obojczyka prawego
 - niezdolność do świadczenia pracy: 08.08.2024 - 17.01.2025
 - w dacie wypadku przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim
-

07.08.2025
/miejscowość i data/

.....
/podpis poszkodowanego/