

(trosk o sprawy)

Opinia w sprawie prawnej kwalifikacji wypadku

Nazwisko i imię poszkodowanego:

Kwasnia do rozstrzygnięcia:

Czy uznać zdarzenie z dnia 20.02.2025 za wypadek podczas

- wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności;
- wykonywanie zwykłych czynności związanych z współpracą przy prowadzeniu pozarolniczej działalności;
- wykonywanie pracy na podstawie umowy uaktywniającej, o której mowa w ustawie z dnia 4.02.2011 r. o oplatece nad działalnością w wózku do lat 3

lub w drodze do lub z miejscem:

- wykonywanie pozarolniczej działalności;
- współpracy przy prowadzeniu pozarolniczej działalności;
- wykonywanie pracy na podstawie umowy uaktywniającej, o której mowa w ustawie o oplatece nad działalnością w wózku do lat 3"

Wniosek:

W oparciu o przedłożoną dokumentację proponuję uznać zdarzenie za wypadek przy prowadzeniu działalności gospodarczej

Uzasadnienie:



Pan [przewidź działalność gospodarczą, której przedmiotem jest produkcja konstrukcji metalowych i ich części, wykonywanie pozostałych robót budowlanych wykończeniowych oraz transport drogowy towarów. W dniu 28-02-2025r. w związku ze świadczeniem usług dla firmy ... Pan ...] przbywał na terenie Basz Tyklicznej ... w kontenerze, w którym były trzymane narzędzia. W kontenerze znajdowały się również inne osoby, kontener był nieatutowy i poruszanie się w nim prowadziło do drgań. Pan ... podawał kolegom narzędzia, które były zamknięte w skrzyni metalowej. W momencie gdy wyciągał narzędzie – wleko skrzyni się zamknęło, przytroskując mały palec Pana ... Odruchowo zabrał rękę, jednak okazało się, że części palca zostało odcięta przez metalową wieko skrzyni. Została udzielona pomoc w punkcie aptecznym i poszkodowany został zwieziony do szpitala Powiatowego]

Opinia osoby uprawnionej do aprobaty

zgodnie z przepisami o tym, że

(Data)

Opinia osoby uprawnionej do superaprobaty

(Data, pieczętka i podpis osoby uprawnionej do superaprobaty)

Opinia Konsultanta*

(Data, pieczętka i podpis konsultanta)

Opinia Z-cy Dyrektora ds. Świadczeń*

(Data, pieczętka i podpis Z-cy Dyrektora ds. Świadczeń)

Decyzja osoby uprawnionej do superaprobaty *

zgodnie z przepisami o tym, że

(superaprobaty)