

ZAPIS WYJAŚNIENÍ POSZKODOWANEGO

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

w zamieszkały/a w
zatrudniony/a własna działalność gospodarcza

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

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 13.05.2025

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 13.05.2025 MOPS godzina 15.30
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 08:00
3. Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 16:00
4. Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykłe czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): Prowadzę działalność gospodarczą w zakresie Usługi elektryczne, elektrotechniczne
5. 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 dniu 13.05.2025 przeprowadzałem serwis – prace gwarancyjne na terenie MOPS zakończeniu prac serwisowych przy wychodzeniu z kabiny podnośnika koszowego samochodu NISSAN CABSTAR stawiając lewą nogę na podłożu płyty ażurowej doszło do wykręcenia lewej nogi co spowodowało , że straciłem równowagę i upadając odruchowo podparłem się lewą ręką o podłogę. Poczułem silny ból lewej ręki. Wstałem sam , zakończyłem zlecenie i pojechałem do domu. Ręka opuchła , ból się nasilił i na drugi dzień rano udałem się do Szpitala Powiatowego na Izbę Przyjęć. Lekarz zlecił prześwietlenie RTG i w wyniku czego stwierdzono złamanie nadgarstka lewej ręki i założono gips. Prace wykonywałem z pracownikiem Panem który nie był

bezpośrednio przy zdarzeniu , ale wykonywał swoje obowiązki. Dopiero po upadku i moim krzyku obrócił się i zauważył co się stało.

6. 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):
7. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: **tak**
 - rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): obuwie robocze, kask
 - czy stosowane środki były właściwe i sprawne:
8. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: **nie dotyczy***
 - czy istniał obowiązek wykonywania pracy, przez co najmniej 2 osoby:
9. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: **tak**
10. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowych zadań związanych z prowadzeniem działalności: **tak**
11. Odbyłem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: **tak**
 - posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: **tak**
 - 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: 14.05.2025
 - nazwa placówki służby zdrowia: Szpital Powiatowy w Chodzieży
 - okres i miejsce hospitalizacji: nie dotyczy

- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: złamanie odcinka kości promieniowej lewej
- niezdolność do świadczenia pracy: 14.05.2025-31.07.2025 -w trakcie leczenia
- / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim
- ...

.....
28.7. 2025
.....
(miejscowość i data)

.....
.....
.....
(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

.....
.....
.....
(podpis i pieczęć)

* niepotrzebne skreślić

