

Załącznik nr 1 do Procedury Obsługa zawiadomienia
o wypadku wydanej pismem okólnym Nr 2 Dyrektora Departamentu
Świadczeń Emerytalno-Rentowych z dnia 3 września 2015 r.
Wersja Procedury 1.1

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan [redakcja] urodzony: [redakcja] r. v.

zamieszkały [redakcja]

osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą: „

w zakresie : 42.11.Z Roboty związane z budową dróg i autostrad

Dokument tożsamości : dowód osobisty:

W związku z wypadkiem jakiemu uległem w dniu 07.11.2024 uprzedzony
o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam co następuje:
Data, miejsce i godzina wypadku: 07.11.2024 godz.17.00

1. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 7.00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 17.30

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (wykłt czynności związane
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): koszenie trawy przy drodze
ekspresowej.

2. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis / przyczyny techniczne, ludzkie, organizacyjne):

Dnia 07.11.2024 na d. [redakcja] zostałem potrącony
przez samochód, uderzony lusterkiem. Po zakończonej pracy stałem obok samochodu
firmowego (wyposażonego w lampy błyskowe, ubrany w odblaskową odzież roboczą)by wsiąść i
odjechać. Stałem na pasie awaryjnym. Nagle zostałem potrącony lusterkiem samochodu który
przejeżdżając nie zachował należytej odległości. W wyniku tego doznałem urazu przedramienia
prawego.

3. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia - nie

4. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak

– rodzaj stosowanych środków): odzież ochronna odblaskowa, rękawice, buty robocze
– czy stosowane środki były właściwe i sprawne: tak

5. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: tak

- czy istniał obowiązek wykonywania pracy przez co najmniej 2 osoby: nie

6. W trakcie pracy przestrzegłem zasad BHP: tak

7. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: tak

8. Odbyłem stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak

- posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak
- stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: oznakowanie, odpowiednie oświetlenie, ubranie odblaskowe, ostrożność, poduszka antyuderzeniowa

9. W chwili wypadku **nie byłem** w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych.

Stan trzeźwości w dacie wypadku: nie był badany.

10. 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.)

11. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono – w dniu: 07.11.2024
- nazwa placówki służby zdrowia:,,
- okres i miejsce hospitalizacji: nie dotyczy
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: uraz przedramienia
- niezdolność do świadczenia pracy – od 07.11.2024 do 18.11.2024
- w dacie wypadku nie przebywałem na zwolnieniu lekarskim

Janów Lubelski, dn.

12.11.2024

, podpis poszczuwającego,

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

KIEROWNIK BIURA TERENOWEGO

..... Kierownik Obszaru Kierownika Biura Terenowego

/podpis i pieczęć