|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (pieczęć adresowa pracodawcy) |  |  |  |  |  |

**AKTA**

**w sprawie wypadku**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | przy pracy\* |  |
|  |  | zrównanego z wypadkiem przy pracy\* |
|  |  | w drodze do pracy lub z pracy\* |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Protokół powypadkowy/Karta Wypadku\* nr |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  | imię i nazwisko poszkodowanego |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1. | Data i miejsce wypadku |  |  |  |  |
|  | 2. | Data zgłoszenia wypadku |  |  |  |
|  | 3. | Data zakończenia postępowania |  |  |  |  |
|  | 4. | Skutki wypadku: |  |  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 5. | Zwolnienie lekarskie:  | od dnia |  | do dnia |  |  |
|  | 6. | Data wysłania dokumentacji do ZUS |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Inspektorat ZUS: |  |
| (dokładny adres) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 7. | Data wysłania karty statystycznej wypadku przy pracy do WUS: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  data podpis inspektora BHP |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| \*) niewłaściwe skreślić.  |  |  |  |  |