|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  nazwa pracodawcy |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  adres pracodawcy |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | , dnia |  | r. |

ZAPIS WYJAŚNIEŃ PRACOWNIKA

POSZKODOWANEGO W WYPADKU

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| na okoliczność zdarzenia zaistniałego w dniu |  | r. | o godz: |  |  |
| jakiemu uległ(a): |  |  |
| zatrudniony(a) w |  |  |
| na stanowisku |  |  |
| 1. Dane personalne poszkodowanego : |  |  |  |  |  |
|  | Imię i nazwisko |  |  |
|  | Data i miejsce urodzenia |  |  |
|  | Numer, seria dowodu osobistego |  |  |
|  | PESEL |  |  |  |
|  | NIP |  |   |  |
|  | Imię ojca |  |  |  |
|  | Adres domowy |  |  |

2. Wyjaśnienia poszkodowanego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Skład zespołu powypadkowego: |  | Podpis: |  |
| 1) |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  (podpis poszkodowanego) |  |