|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  (nazwisko i imię zgłaszającego) |  |
|  |  |
|  (adres) |  |
|  |   |
|  (miejsce pracy) |  |
|  |  |
|  |  ( miejscowość i data ) |

ZAWIADOMIENIE O WYPADKU

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | przy pracy, | w drodze do pracy, | w drodze z pracy\* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Imię i nazwisko osoby poszkodowanej: |  |  |
| 2. Miejsce pracy: |  |  |
|  |  (zakład pracy, oddział, wydział) |  |
| 3. Adres zamieszkania, telefon: |  |
| 4. Data i godzina wypadku: |  godz:  |  |
| 5. Miejsce wypadku: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6. Skutki wypadku: |  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 7. Świadkowie wypadku (imię, nazwisko, miejsce zamieszkania, telefon):

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 8. Zwięzły opis wypadku: |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  (podpis osoby zgłaszającej wypadek) |

*\*niepotrzebne skreślić*