Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego
w Sosnowcu ul. Kilińskiego 25
41-200 Sosnowiec, ul. Kilińskiego 25
tel./fax. +48 32 266 07 34
e-mail: ckziu25@sosnowiec.edu.pl
http://www.ckziu25.sosnowiec.pl

Sosnowiec, .....20.....

# KARTA ZGŁOSZENIA WYPADKU

(Wniosek o wszczęcie postępowania powypadkowego)

..... .....
imię i nazwisko poszkodowanego / ej kontakt telefoniczny

..... urodzony / a .....
imię ojca data i miejsce urodzenia

adres zamieszkania.....
kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania

zatrudniony / a w .....

od ..... na stanowisku.....przedmiot**.....

PESEL....., legitymujący / a się dokumentem

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

oświadczam, że w dniu ..... o godzinie.....uległem/am

wypadkowi: przy pracy* , w drodze: do pracy*, z pracy*, poza pracą*

Faktyczna lub planowana godzina rozpoczęcia pracy..... oraz godzina zakończenia pracy.....w dniu wypadku

Szczegółowy opis okoliczności powstania wypadku (data, godzina, wykonywane czynności, wydarzenia powodujące wypadek, miejsce wypadku, itp.): .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

W wyniku wypadku doznałem/am.....

.....

.....

Przyczyną wypadku było .....

.....

.....

Wypadek spowodował niezdolność do pracy .....ilość dni.....
podać termin zwolnienia lekarskiego

Kto udzielił poszkodowanemu/ej pierwszej pomocy.....

.....

**Świadkowie wypadku:**

Pan /i .....adres.....

Pan /i.....adres.....

.....
Podpis poszkodowanego / poszkodowanej

……... ……..……
Imię i nazwisko osoby zgłaszającej wypadek data i podpis osoby zgłaszającej wypadek

Zgłoszenie wypadku przyjąłem / przyjęłam do wiadomości:

.....
1.Data wpłynięcia i podpis v-ce Dyrektora

.....
2.Data wpłynięcia i podpis Dyrektora

.....
3.Data wpłynięcia i podpis specjalisty ds. BHP

* - niepotrzebne skreślić
** - dotyczy nauczycieli