Miejscowość.................................., data ...............................

**ZAWIADOMIENIE O WYPADKU**

**(przy pracy, w drodze do pracy, w drodze z pracy\*)**

Zgłaszam fakt zaistnienia zdarzenia wypadkowego, które miało miejsce w dniu ............................

1. **DANE FIRMY:**
2. Nazwa .......................................................................................................................................
3. Adres .........................................................................................................................................
4. PKD...........................................................................................................................................
5. REGON......................................................................................................................................
6. NIP.............................................................................................................................................
7. Stan zatrudnienia.......................................................................................................................
8. Telefon.......................................................................................................................................
9. **DANE POSZKODOWANEGO:**
10. Nazwisko i imię poszkodowanego/ej .......................................................................................
11. Imiona rodziców .......................................................................................................................
12. Data i miejsce urodzenia ..........................................................................................................
13. Adres zamieszkania ..................................................................................................................
14. Data zatrudnienia ......................................................................................................................
15. Stanowisko pracy ......................................................................................................................
16. Nazwa komórki organizacyjnej (oddział, wydział)..........................................................................
17. Rodzaj umowy (np. czas nieokreślony, określony).................................................................................
18. Wymiar czasu pracy (pełny, niepełny).............................................................................................
19. PESEL .......................................................................................................................................
20. NIP ............................................................................................................................................
21. Telefon(y) kontaktowy .............................................................................................................
22. Seria i numer dowodu osobistego .............................................................................................
23. Wypadek miał miejsce – w pracy, w drodze z domu do pracy, w drodze z pracy do domu\*)
24. Wypadek spowodował niezdolność do pracy dni ........... od ..................... do .........................
25. Faktyczna lub planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu zaistnienia wypadku ................
26. Faktyczna lub planowana godzina zakończenia pracy w dniu zaistnienia wypadku................
27. Godzina zaistnienia zdarzenia wypadkowego ..........................................................................
28. Szczegółowy opis okoliczności i przyczyn wypadku z umiejscowieniem, czasem i skutkami ................................................................................................................................................... ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
29. Skutki wypadku:………………………………………………………………………………
30. Kto udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy ...................................................................
31. Potwierdzeniem zaistniałych uszkodzeń ciała są następujące dokumenty medyczne:
32. ....................................................................................................................................
33. ....................................................................................................................................
34. **DANE ŚWIADKA ZDARZENIA 1:**
35. Imię i nazwisko .........................................................................................................................
36. Imiona rodziców .......................................................................................................................
37. Data i miejsce urodzenia ..........................................................................................................
38. Adres zamieszkania ..................................................................................................................
39. Seria i numer dowodu osobistego .............................................................................................
40. PESEL .......................................................................................................................................
41. Telefon kontaktowy ..................................................................................................................
42. **DANE ŚWIADKA ZDARZENIA 2:**
43. Imię i nazwisko .........................................................................................................................
44. Imiona rodziców .......................................................................................................................
45. Data i miejsce urodzenia ..........................................................................................................
46. Adres zamieszkania ..................................................................................................................
47. Seria i numer dowodu osobistego .............................................................................................
48. PESEL .......................................................................................................................................
49. Telefon kontaktowy ..................................................................................................................

 ..................................................................

 Wypadek zgłasza: imię i nazwisko

\*) niepotrzebne skreślić