

INFORMACJA O WYPADKU
(wniosek o wszczęcie postępowania powypadkowego)

Zgłaszam fakt zaistnienia wypadku, który wydarzył się w dniuo godz.

I. Dane poszkodowanego/ej:

1. Nazwisko i imię poszkodowanego/ej:
2. Imiona rodziców:
3. Data i **miejsce** urodzenia:
4. Miejsce zamieszkania:
- województwo:**
5. Miejsce zameldowania:
6. PESEL
7. NIP
8. Seria i nr dowodu osobistego:
9. **Telefon kontaktowy:**

II. Dane miejsca pracy poszkodowanego:

1. Nazwa: **WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY**
2. Adres siedziby: ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
3. Adres miejsca pracy:
4. Nr REGON **000288917**
5. Nr EKD/PKD **8542 B**
6. **Nr NIP** **5250005828**
7. Rodzaj umowy o pracę
8. Stanowisko pracy:
9. Kod zawodu:
10. Data zatrudnienia
11. Staż na zajmowanym stanowisku

III. Dane dotyczące zdarzenia wypadkowego:

1. Wypadek: - w pracy
 - zrównany z wypadkiem przy pracy
 - w drodze do i z pracy
2. Nazwiska, imiona, adresy świadków:

-

3. Wypadek zgłosił/a **w dniu:**

4. Planowana godzina rozpoczęcia pracy i zakończenia pracy w dniu wypadku.

5. Faktyczna godzina rozpoczęcia pracy i zakończenia pracy w dniu wypadku.

6. Wypadek spowodował niezdolność do pracy od do na czas dni.

7. Skutki wypadku – opis urazu:

.....
.....

8. Krótki opis zdarzenia:

:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. Przeszkolenia bhp (wstępne, stanowiskowe, okresowe):

.....

10. Aktualne zaświadczenie lekarskie (wstępne, okresowe, kontrolne)

.....

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis zgłaszającego wypadek)

.....
(data i podpis przełożonego)

.....
(data i podpis służb bhp)