.....
pieczęć jednostki organizacyjnej

ZGŁOSZENIE WYPADKU PRZY PRACY

1. Imię i nazwisko osoby poszkodowanej .....

2. Data i miejsce urodzenia .....

3. Miejsce stałego zamieszkania .....

4. Status zatrudnienia (umowa o pracę na czas nieokreślony, umowa o pracę na czas określony, studia doktoranckie, wymiar czasu pracy pełny, wymiar czasu pracy niepełny) *

5. Zawód, stanowisko .....

6. Staż na zajmowanym stanowisku pracy w zakładzie pracy (w latach) .....

7. Data i godzina zaistniałego wypadku .....

8. Godzina rozpoczęcia pracy .....

9. Miejsce wypadku .....

10. Krótki opis wypadku .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. Świadkowie wypadku :

a) .....
b) .....
c) .....

12. Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za nadzór nad poszkodowanym

.....

Data przyjęcia zgłoszenia

.....

Podpis osoby zgłaszającej wypadek

.....

* niepotrzebne skreślić