

.....dnia.....
miejsowość data

.....
.....

(imię i nazwisko poszkodowanego,
adres zamieszkania)

.....
.....
(pracodawca lub inny podmiot)

ZAWIADOMIENIE O WYPADKU

Informuję, że uległam/em* wypadkowi w dniur. o godz.w następujących okolicznościach:

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

(opisać przebieg zdarzenia, podać miejsce i czas wystąpienia zdarzenia)

Świadcami wypadku są:

1.
.....
 2.
.....
- (imię i nazwisko) (adres zamieszkania)

W następstwie wypadku doznałam/em* urazu, w wyniku którego lekarz orzekł moją niezdolność do pracy:

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

(opisać uszkodzenie organizmu, liczbę dni niezdolności do pracy)

Załączam kopie następujących dokumentów:

1.
2.
3.

(wpisać załączone dokumenty medyczne, np. z pogotowia ratunkowego, przychodni, szpitala oraz inne np. protokół Policji, straży miejskiej lub innych organów)

.....
(podpis poszkodowanego)

*niepotrzebne skreślić

Zawiadomienie wpłynęło do służby BHP

.....
(data i podpis pracownika służby BHP)