(nazwa jednostki organizacyjnej)

ZGŁOSZENIE WYPADKU PRZY PRACY

|  |
| --- |
| 1. Imię i nazwisko osoby poszkodowanego:
 |
| 1. Data i miejsce urodzenia:
 |
| 1. Miejsce stałego zamieszkania :
 |
| 1. Zawód/ stanowisko: ./ . .
 |
| 1. Data i godzina zaistniałego wypadku: .
 |
| 1. Miejsce wypadku:
 |
| 1. Krótki opis wypadku:

  |
| 1. Świadkowie wypadku :

a) b) c)  |

(imię i nazwisko osoby zgłaszającej)

 Data przyjęcia zgłoszenia przez Insp. BHP

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