(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

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