Zgłoszenie incydentu - wypadku

Data zdarzenia: …….…… Godzina zdarzenia: ……

Miejsce zdarzenia – nazwa i adres (ulica, miejscowość) budowy lub innego miejsca incydentu / wypadku: ……

……..

Imię i nazwisko poszkodowanej/ -ego: .....Imię ojca: .....

Zatrudniony/-a w firmie:…… Na stanowisku: .....

Staż pracy poszkodowanego (na danym stanowisku):……Wiek:……

Data szkolenia w zakresie BHP na stanowisku pracy: .....

Data ostatnich badań lekarskich: ..... ważnych do .....

Czy były przeciwwskazania lekarskie do wykonywanej pracy? .....

Opis okoliczności i przyczyn wypadku (przez zgłaszającego wypadek):

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

Przyczyna wypadku:

……..

Skutek wypadku – uraz:

……..

Działania podjęte po zaistniałym wypadku:

……
……

Świadkiem/-ami wypadku był/-li:

.....
.....

Nadzór nad poszkodowanym w dniu wypadku sprawował:

.....

Wypadek zgłosił dnia ..... Zgłoszenie przyjął dnia .....

…… ……
(imię i nazwisko, stanowisko) (imię i nazwisko, stanowisko)

Wypełnione zgłoszenie należy przekazać <u>niezwłocznie</u> do Służby BHP