

KARTA ZGŁOSZENIOWA WYPADKU PRZY PRACY

Data i godzina wypadku	
Pełna nazwa i adres zakładu pracy w którym jest zatrudniony poszkodowany(a)	
Liczba osób poszkodowanych	
Który wypadek w bieżącym roku w zakładzie ?	
Ilość osób zatrudnionych w zakładzie	
Adres miejsca wypadku (jeżeli jest inny niż adres zakładu pracy)	
Kod EKD/PKD zakładu pracy	
Numer NIP zakładu pracy	
Numer REGON zakładu pracy	
Rodzaj umowy na podstawie której poszkodowany świadczył pracę	
<u>POSZKODOWANY</u>	
Imię i nazwisko	
Imię ojca / matki	
Data i miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania	
Nr PESEL / NIP	
Nr dowodu osobistego	
Stanowisko służbowe	
Od kiedy jest zatrudniony na obecnym stanowisku ?	
Od kiedy jest zatrudniony w zakładzie pracy ?	
Przepracowane godziny od podjęcia pracy do wypadku	
Telefon kontaktowy	

Krótki opis zdarzenia

Oprócz powyższych danych proszę o przygotowanie wszystkich posiadanych dokumentów i zaświadczeń mających związek z wypadkiem, np. zaświadczenie od lekarza ze stwierdzonym urazem u poszkodowanego, zaświadczenia z Pogotowia Ratunkowego, Szpitala, Policji itp.

Dane osoby zgłaszającej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszej karcie zgłoszeniowej, wyłącznie w celu przeprowadzenia dochodzenia powypadkowego, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r. (Dz. U. Nr 133, poz. 883).