**ZGŁOSZENIE ZDARZENIA WYPADKOWEGO**

…………………………………………………

Jednostka Organizacyjna Poszkodowanego

**A. DANE SZCZEGÓŁOWE**

Nazwisko i imię poszkodowanego:

Jednostka organizacyjna:

Stanowisko:

Telefon kontaktowy do poszkodowanego:

Szkolenie wstępne- instruktaż ogólny: data

Instruktaż stanowiskowy: data

Termin ważności orzeczenia lekarskiego:

Przeciwskazania lekarskie dotyczące zatrudnienia: tak/nie\*

Jeśli tak, podać jakie

Ocena ryzyka zawodowego: data zapoznania

**B. OPIS ZDARZENIA WYPADKOWEGO**

Data i godzina zdarzenia wypadkowego:

Miejsce zdarzenia wypadkowego:

Czynnik który przyczynił się do zdarzenia wypadkowego

Opis:

**C. ŚWIADEK / ŚWIADKOWIE ZDARZENIA WYPADKOWEGO**

(Nazwisko i imię, stanowisko, jednostka organizacyjna)

1.

2.

………………………, dnia………………………………… ………………………………………………………..

 *miejscowość* *podpis bezpośredniego przełożonego*

***UWAGA! Zgłoszenie musi być natychmiast dostarczone do Biura Bezpieczeństwa Pracy i Ochrony Zdrowia UG***