

.....
(miejscowość)

.....
(data)

INFORMACJA o wypadku przy pracy

Część I - wypełnia Wykonawca:

1. Dane identyfikacyjne Wykonawcy/Podwykonawcy:.....
2. Data wypadku:
3. Godzina wypadku:
4. Typ wypadku:¹ indywidualny, zbiorowy
5. Ciężkość wypadku:¹ śmiertelny, ciężki, lekki
6. Płeć osoby poszkodowanej¹ kobieta, mężczyzna
7. Stanowisko pracy poszkodowanego:
8. Wiek poszkodowanego:
9. Ogólny staż pracy poszkodowanego:
10. Miejsce urazu:
11. Rodzaj urazu:
12. Czynność wykonywana podczas zdarzenia:
13. Typ zdarzenia:
14. Opis okoliczności wypadku:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
15. Ustalone przyczyny wypadku:
.....
.....

16. Podjęte działania korygujące:

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

17. Podjęte działania zapobiegawcze:

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

.....
(podpis przedstawiciela wykonawcy)

Część II - wypełnia ENERGA-OPERATOR SA:

1. Dodatkowe ustalenia i informacje Wydziału BHP i PPOŻ:

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

2. Decyzja Wydziału BHP i PPOŻ, czy okoliczności i przyczyny wypadku wskazują na konieczność przeprowadzenia weryfikacji¹ tak, nie

3. Uzasadnienie decyzji (tylko w przypadku wyboru „tak” w pkt. 2):

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

.....
(podpis kierownika Wydziału BHP i PPOŻ)

.....
(akceptacja weryfikacji przez Dyrektora Generalnego Oddziału)

¹ Niepotrzebne skreślić
² Wpisać rodzaj wydarzenia