

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię, nazwisko, stanowisko pracownika/
osoby niebędącej pracownikiem)

*Kierownik
Placówki Wsparcia Dziennego
w Staszowie – Świetlica „Jutrzenka”*

Zgłoszenie wypadku przy pracy pracownika / osoby niebędącej pracownikiem

Informuję, że w dniu r. uległem/am wypadkowi przy pracy. Wypadek miał miejsce w następujących okolicznościach:

.....
.....
.....
(podać szczegółowy przebieg wypadku, z podaniem miejsca, czasu itp.)

Na skutek tego wypadku odniosłem następujące obrażenia:

.....
.....
(przedstawić konsekwencje wypadku w odniesieniu do stanu zdrowia pracownika)

Świadcami tego zdarzenia byli:

1.
(imię i nazwisko, adres zamieszkania, w odniesieniu do pracowników danego zakładu pracy także stanowisko)

2.
(imię i nazwisko, adres zamieszkania, w odniesieniu do pracowników danego zakładu pracy także stanowisko)

Do niniejszego pisma załączam dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie wskazanych wyżej obrażeń:

1.
2.

(wymienić załączone dokumenty)

.....
(podpis pracownika)