|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| IMIĘ I NAZWISKO ZAWIADAMIAJĄCEGO |  | (miejscowość, data) |
| NUMER TELEFONU |  |  |

**ZAWIADOMIENIE O WYPADKU**

**w pracy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zawiadamiam, że w dniu | |  | miał miejsce wypadek w pracy | |
| 1 | Imię i nazwisko osoby poszkodowanej | | |  |
| 2 | Miejsce pracy | | |  |
| 3 | nr kontaktowy / adres e-mail | | |  |
| 4 | Stanowisko służbowe | | |  |
| 5 | Data i godzina wypadku | | |  |
| 6 | Miejsce wypadku | | |  |
| 7 | Opis okoliczności, miejsca, przyczyn wypadku: | | | |

*(podpis osoby zgłaszającej)*