|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 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)*