……………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………........................

(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: ……………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Ustalone przyczyny wypadku:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Podjęte działania korygujące:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Podjęte działania zapobiegawcze:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………….…………………………………………………………………………………..……………….

(podpis przedstawiciela wykonawcy)

**Część II - wypełnia ENERGA-OPERATOR S.A.:**

1. Dodatkowe ustalenia i informacje Wydziału BHP:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Decyzja Wydziału BHP, czy okoliczności i przyczyny wypadku wskazują na konieczność nałożenia kary   
   w postaci zastosowania sankcji równoważnych kontroli negatywnej „czerwonej” 1 tak, nie
2. Uzasadnienie decyzji (tylko w przypadku wyboru „tak” w pkt. 2):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………….….………………………………………………………………………………………………………..……

(podpis kierownika Wydziału BHP)

………………….….………………………………………………………………………………………………………..……  (akceptacja nałożenia kary przez Dyrektora Generalnego Oddziału)

1 Niepotrzebne skreślić

2 Wpisać rodzaj wydarzenia