

.....  
.....  
(imię i nazwisko poszkodowanego,  
adres zamieszkania)

....., dnia ..... r.

**Dział BHP UW-M**  
(pracodawca lub inny podmiot)

**Zawiadomienie o wypadku w drodze do/z pracy<sup>\*)</sup>**

Informuję, że uległam/em<sup>\*)</sup> wypadkowi w dniu ..... r., o godz. .... w drodze do/z<sup>\*)</sup> pracy w następujących okolicznościach:

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

(opisać przebieg zdarzenia, podać miejsce i czas wystąpienia zdarzenia)

Świadcami wypadku są:

1. ....  
(imię i nazwisko) (adres zamieszkania)
2. ....  
(imię i nazwisko) (adres zamieszkania)

W następstwie wypadku doznałam/em<sup>\*)</sup> urazu, w wyniku którego lekarz orzekł moją niezdolność do pracy:

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

(opisać uszkodzenie organizmu, liczbę dni niezdolności do pracy)

Załączam kopie następujących dokumentów:

1. ....
2. ....
3. ....

(wpisać załączone dokumenty medyczne, np. z pogotowia ratunkowego, przychodni, szpitala oraz inne np. protokół Policji, straży miejskiej lub innych organów)

.....  
(podpis poszkodowanego)

<sup>\*)</sup>niepotrzebne skreślić