

RAPORT URAZU PRACOWNIKA

Employee Injury Report

IMIE I NAZWISKO	IMIE I NAZWISKO PRACOWNIKA
CZY BYLES STALYM CZY TYMCZASOWYM PRACOWNIKIEM?	GDZIE ODBYWALES REGULARNA PRACE?
MIEJSCE GDZIE WYDARZYL SIE URAZ (Nr, Ulica,Miasto)	DATA I CZAS URAZU
KIEDY ZLOZYLES PIERWSZY RAPORT O URAZIE?	KOMU PIERWSZEMU ZGLOSILES SWOJ URAZ?
CZY WROCILES DO PRACY?	JEZELI TAK TO KIEDY? PODAJ DATE
IMIE I NAZWISKO LEKARZA	ADRES LEKARZA
OPISZ SWOJ URAZ I JEGO WYDARZENIE	
CZY KIEDYKOLWIEK OTRZYMALES LECZENIE TEGO STANU ALBO PODOBNEGO?	
IMIE I NAZWISKO/ TELEFON LEKARZA KTORY POPRZEDNIO PROWADZIL TWOJE LECZENIE	
CZY MIALES JAKIS POPRZEDNI WYPADEK NA TEJ CZESC CIAALA?	
DATA RAPORTU	PODPIS
ADRES (Nr., Ulica, Miejscowosc)	NUMER TELEFONU