



STATEMENT OF WITNESS
OŚWIADCZENIE ŚWIADKA

Name of Employee Injured: _____
Imię i nazwisko poszkodowanego pracownika

Date of Injury: _____
Data wypadku

Name of Witness: _____
Imię i nazwisko świadka

Address of Witness: _____
Adres zamieszkania świadka

Phone Number of Witness: _____
Numer telefonu świadka

Witness to accident or injury is required to answer all of the following questions:
Świadek wypadku lub urazu musi odpowiedzieć na wszystkie poniższe pytania:

1. Did you actually witness the accident or injury?
Czy rzeczywiście byłeś świadkiem wypadku lub urazu? _____

2. What part of the body was injured? (head, back, neck, etc.)
Jaka część ciała została uszkodzona? (głowa, plecy, szyja itp.) _____

3. Describe the injury. (strain, bruise, cut, etc.)
Opisz uraz. (zwichnięcie, siniak, skaleczenie itp.) _____

4. What did the injured employee say at the time of the accident or injury?
Co powiedział poszkodowany pracownik w momencie wypadku lub urazu? _____

5. Did the injured employee complain of pain? If so, where?
Czy poszkodowany pracownik skarżył się na ból? Jeśli tak, to gdzie? _____

6. Explain what the employee was doing at the time the accident or injury occurred?
Wyjaśnij, co pracownik robił w czasie, gdy doszło do wypadku lub urazu _____

7. In your opinion, could this accident have been prevented? Czy Twoim zdaniem można było zapobiec temu wypadkowi? _____

Witness' Signature
Podpis świadka

Date/Data

Witness' Signature
Podpis świadka

Date/Data

Witness' Signature
Podpis świadka

Date/Data