|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (miejscowość) | (data) | Do: | |
|  | - Departament Nadzoru i Kontroli ( fax ) |
| **Okręgowy Inspektor Pracy w** | |  | - Okręgowy Inspektorat Pracy w |
| Nr rej. OIP: . | |  | - a/a |

## **Meldunek GIP–Mw**

o wypadku przy pracy/ zdarzeniu potencjalnie wypadkowym\*/ katastrofie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **wypadek przy pracy** |  | **zdarzenie potencjalnie wypadkowe** |  | **katastrofa** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **nagły przypadek medyczny** |  | **wypadek komunikacyjny** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Źródło informacji**  **o zdarzeniu** | Zatrudniający |  | Policja |  | Pogotowie |  | Kontrola IP |  |
|  | Zatrudniony |  | Prokuratura |  | Adm. rządowa |  | Mass media |  |
|  | Straż Pożarna |  | UDT |  | ITD |  | Inne |  |

**Data zgłoszenia zdarzenia:** **Godzina:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data zaistnienia zdarzenia** | **Godzina** | **Liczba osób poszkodowanych** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwisko i imię**  **osoby poszkodowanej** | **Podstawa świadczenia pracy (umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, inne)** | **Skutki**  **Śm/C/L** | **Nazwa i adres**  **pracodawcy lub podmiotu,**  **na rzecz którego świadczono pracę** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

**Miejsce wypadku (nazwa i adres):**

**Krótki opis wypadku:**

**….…………………………………………..**

Czytelny podpis osoby sporządzającej meldunek

### Decyzja Okręgowego Inspektora Pracy:

Do zbadania okoliczności i przyczyn zdarzenia wyznaczam IP:

……….………………………………………….

Pieczątka i podpis OIP