|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dane pracodawcy  (nazwa i adres) | | | | Z-KWSTATYSTYCZNA KARTA WYPADKU | | | Nr identyfikacyjny – REGON | |
| Portal sprawozdawczy GUS  [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl) | |
| Liczba pracujących  (bez przeliczania na pełen etat) | | | | - przy pracy | **9998** | | **Urząd Statystyczny**  **80-343 Gdańsk, ul. Danusi 4** | |
|  |  | |
| A (liczba) |  | **B**  (kod) |  | - traktowanego na równi  z wypadkiem przy pracy | | **9999** | Kolejny nr statystycznej karty wypadku w zakładzie pracy od początku roku |  |

#### CZĘŚĆ I

**Uwaga;** odpowiadając na pytania 01, 11, 28 należy zakreślić obwódką kod oraz odpowiadającą mu odpowiedz słowną np. 2- kobieta Odpowiadając na pytania 02, 06, 07,10, 12, 13, 14, 16, 17, 29, należy wpisać w kolumnie „kod lub liczba” odpowiednią liczbę. Odpowiadając na pytanie; X1, X2, X3, 03, 04, 05, 08, 09, 15, 18, 19, 20, 21,22, 23, 24, 25, 26, 27, należy – posługując się właściwymi klasyfikacjami – wpisać w kolumnie „kod lub liczba” odpowiedni kod lub kody, a w kolumnie „opis” – określenie zgodne z opisem zawartym w klasyfikacji lub własne określenie danego faktu.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czy jednostka spełnia jeden z podanych kryteriów?** | | 1. nie posiada własnego numeru statystycznego REGON, a posługuje się numerem statystycznym jednostki macierzystej i co najmniej jedna z cech identyfikujących jednostkę (województwo, miasto, gmina, PKD, FW) jest różna od cech jednostki macierzystej. 2. posiada własny numer statystyczny REGON, lecz od chwili otrzymania tego numeru jednostka przeniosła swoja siedzibę do innego województwa (wyróżnik terytorialny w numerze REGON jest inny niż wyróżnik terytorialny województwa, na terenie którego znajduje się obecnie siedziba jednostki), 3. posiada numer statystyczny REGON, w którym nastąpiły zmiany we okresie sprawozdawczym | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | **→ to wypełnić  pyt. X1, X2, X3** |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lp.** | **Rodzaj informacji** | | | | | | | **kod lub liczba** | | | | | | | | | | **Opis** | | |
| **Dodatkowe dane o jednostce (np. jej oddziale, filii, sklepie, magazynie) tj. o faktycznym miejscu pracy poszkodowanego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| X1 | Miejscowość (gmina), na  terenie której znajduje się jednostka | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  |  |  | | |
| X2 | Rodzaj działalności wg PKD | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  |  | | |
| X3 | Forma własności | | | | | | | | | | |  | | |  | |  |  | | |
| **Poszkodowany** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01 | Płeć | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 02 | Rok urodzenia | | | | | | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |
| 03 | Obywatelstwo | | | | | | | | | | | | | **1** | | | |  | | |
| 04 | Status zatrudnienia | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  | | |
| 05 | Zawód wykonywany | | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  |  | | |
| 06 | Staż na zajmowanym stanowisku pracy w zakładzie (w latach) | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | | |
| 07 | Przepracowane godziny od podjęcia pracy do wypadku | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | | |
| **Skutki wypadku (znane w momencie wypełniania karty)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | Rodzaj urazu | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  | | |
| 09 | Umiejscowienie urazu | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | | |
| 10 | Liczba osób poszkodowanych | | | | | | | | | |  | | | |  | |  |  | | |
| 11 | Skutki wypadku  (znane w momencie wypełniania karty) | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |

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

## CZĘŚĆ II (UZUPEŁNIAJĄCA)

Rzeczywiste skutki wypadku zaistniałego w roku **2021** miesiącu dniu  (Zgodnie z pozycją 16 Statystycznej Karty Wypadku)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pieczęć zakładu pracy | | | | Z-KWSTATYSTYCZNA KARTA WYPADKU | | | Nr identyfikacyjny – REGON | |
| Portal sprawozdawczy GUS  [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl) | |
| Liczba pracujących  (bez przeliczania na pełen etat) | | | | - przy pracy | **9998** | | **Urząd Statystyczny**  **80-343 Gdańsk, ul. Danusi 4** | |
|  |  | |
| A (liczba) |  | **B**  (kod) |  | - traktowanego na równi  z wypadkiem przy pracy | | **9999** | Kolejny nr statystycznej karty wypadku w zakładzie pracy od początku roku |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj informacji** | | | | | | | | | **kod lub liczba** | | | | | | | | | | | **Opis** |
| 12 | Liczba dni niezdolności do pracy | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |  |
| 13 | Straty czasu pracy innych osób (w roboczogodzinach) | | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | |  | |  |
| 14 | Szacunkowe straty materialne spowodowane wypadkiem – w tyś zł z jednym znakiem po przecinku (bez strat związanych ze stratami czasu) | |  | | |  | |  | | | | |  | | |  | | |  | |  |
| **Wypadek i jego przebieg** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Położenie geograficzne miejsca wypadku |  | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | **Szczecin** |
| 16 | Data wypadku rok | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  |
|  | miesiąc (cyframi arabskimi) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  |
|  | dzień | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  |
| 17 | Godzina wypadku (0-23) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  |
| 18 | Miejsce powstania wypadku | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  |  |
| 19 | Proces pracy | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  |
| 20 | Rodzaj miejsca wypadku | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| 21 | Czynność wykonywana przez poszkodowanego w chwili wypadku | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  |
| 22. | Czynnik materialny związany z czynnością wykonywaną przez poszkodowanego w chwili wypadku | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 23 | Wydarzenie będące odchyleniem od stanu normalnego | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  |
| 24 | Czynnik materialny związany z odchyleniem | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 25 | Wydarzenie powodujące uraz | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  |
| 26 | Czynnik materialny będący źródłem urazu | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 27 | Przyczyna wypadku (należy podać wszystkie przyczyny) | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  |  |
| Imię i nazwisko osoby wypełniającej oraz numer telefonu    **Szczecin** ........................................  (miejscowość, data) | | | | | Podpis pracodawcy  ...........................................................  **Szczecin** .....................................  (miejscowość, data) | | | | | | | | | | | | | | | | |

## ........................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ UZUPEŁNIAJĄCA (dokończenie)**  Rzeczywiste skutki wypadku zaistniałego w roku **2021** miesiącu dniu  (Zgodnie z pozycją 16 Statystycznej Karty Wypadku) | | | | | | | |
| **Lp.** | **Rodzaj informacji** | | **kod lub liczba** | | | | **Opis** |
| 28 | Skutki wypadku (znane w momencie wypełniania części II karty) | | | | |  |  |
| 29 | Liczba dni niezdolności do pracy (znana w momencie wypełniania części II karty) | | |  |  |  |  |
| Imię i nazwisko osoby wypełniającej oraz numer telefonu    **Szczecin** ........................................  (miejscowość, data) | | Podpis pracodawcy  ...........................................................  **Szczecin** ....................................................  (miejscowość, data) | | | | | |