

..... dnia .....  
/ nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej /

.....  
/ stopień, nazwisko i imię składającego meldunek /

.....  
/ stanowisko służbowe /

## MELDUNEK O LEKKIM WYPADKU PRZY PRACY

Melduję, że w dniu ..... o  
godz.....podczas .....

.....  
lekkim wypadkowi uległ ..... lat.....  
/ stopień, nazwisko, imię /  
pracownik .....  
/nazwa komórki organizacyjnej – zajmowane stanowisko/

W wyniku wypadku poszkodowany doznał .....

.....  
/określenie obrażeń/  
wskutek .....

pierwszej pomocy udzielił poszkodowanemu .....

Obecnie poszkodowany znajduje się w .....

.....  
/miejsce pobytu, adres zakładu służby zdrowia /

Wypadek został zgłoszony w dniu .....przez .....

Do WSKR przekazano dnia ..... godz.....

Świadcami wypadku byli:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

Załączniki:  
.....

przyjął .....  
/ podpis składającego meldunek /  
/ stopień, nazwisko /