Szczecin, dnia…………….

**OŚWIADCZENIE**

S T U D E N T A/ DOKTORANTA/UCZESTNIKA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH, KSZTAŁCENIA SPECJALISTYCZNEGO I INNYCH FORM KSZTAŁCENIA W ZWIĄZKU Z REALIZACJA PROGRAMU KSZTAŁCENIA LUB NA TERENIE UCZELNI \*

Sporządzono dnia …………. w…….………….. przez zespół powypadkowy w składzie:

1. …………………………………. - ……………..……………………………….

2. …………………………………. - ……………..……………………………….

 (imię i nazwisko) (funkcja)

I. Dane osoby poszkodowanej:

1. Imię i nazwisko:………………………………..
2. Data urodzenia: …………………………………
3. Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………….
4. Rok studiów: ……. Wydział:………..……………………………………………………….
5. Kierunek studiów: …………………………………………………………………………...
6. Rodzaj doznanych obrażeń:…………………………………………………………...……...

II. Informacje dotyczące wypadku:

1. Rodzaj zajęć lub czynności wykonywane podczas wypadku:………………………………
2. Data wypadku: ……………….…………… godzina …………
3. Miejsce zdarzenia: …………………….…..
4. Imię i nazwisko prowadzącego zajęcia:…………………………………………………….
5. Wydział:…………………………………………………………………………………….

 Świadkowie wypadku (imię i nazwisko, wydział):

1)………………………………………………………………………………………………

2)………………………………………………………………………………………………

III. Szczegółowy opis wypadku:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

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

 (podpis członka zespołu powypadkowego)

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

 (podpis członka zespołu powypadkowego)

Data i podpis osoby poszkodowanej: …………………………