Imię i nazwisko:

Adres:

Pesel:

Jednostka organizacyjna: Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM

Data i godzina zgłoszenia zdarzenia:

Opis zdarzenia:

Środki ochrony osobistej jakim dysponował pracownik/student:

Podjęte działania w związku z zaistniałą sytuacją:

Zalecone postępowanie poekspozycyjne: