

Záznam o registrovanom pracovnom úraze

Údaje sa vyplňujú veľkými tlačnými písmenami čiernej alebo tmavomodrej farby		
Zamestnávateľ, adresa EVPU A.S.		
IČO ¹⁾ 31562507	Právna forma zamestnávateľa ²⁾	
Útvár, ktorý vedie evidenciu miezd zamestnávateľa, adresa		
Organizačná zložka, ³⁾ adresa		
Rozsah zodpovednosti zamestnávateľa ⁴⁾ za registrovaný pracovný úraz (ďalej len "úraz") % ⁵⁾		
1	Meno, priezvisko, titul zamestnanca	Dátum narodenia
	Trvalý - prechodný pobyt [*]	Štátna príslušnosť
	Denný vymeriavací základ zamestnanca ⁷⁾	Počet nezaopatrených detí ⁵⁾
	Je nemocensky poistený ÁNO - NIE [*]	IČSZ ⁶⁾
2	Pracovisko ⁸⁾	
	Druh vykonávanej práce (funkcie), pri ktorej zamestnanec utrpel úraz	
	Túto prácu (funkciu) vykonáva u zamestnávateľa _____ rokov [*] _____ mesiacov [*] _____ dní [*]	
3	Má odbornú spôsobilosť na výkon práce, pri ktorej utrpel úraz ÁNO - NIE ^{**}	
	Má zdravotnú spôsobilosť na výkon tejto práce ÁNO - NIE ^{**}	
	Dátum posledného oboznámenia s predpismi na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, so zásadami bezpečnej práce a ochrany zdravia pri práci a s bezpečnými pracovnými postupmi	
	Po vykonanom oboznámení boli znalosti zamestnanca overené ÁNO - NIE [*]	
4	Od začiatku zmeny odpracoval _____ hodín Pracovná zmena trvá od _____ do _____ Miesto, kde došlo k úrazu	
5	Ide o úraz: smrteľný ÁNO - NIE [*] s ťažkou ujmom na zdraví ⁹⁾ ÁNO - NIE [*]	Dátum úmrtia
6	Opis priebehu úrazu ¹⁰⁾	
7	Zdroj úrazu ¹¹⁾	
8	Príčina úrazu ¹²⁾	
	Kód príčiny úrazu	

	Vyjadrenie zamestnanca k úrazu ¹³⁾			
9	Meno, priezvisko a podpis zamestnanca ¹³⁾			
	Dátum vyšetrenia úrazu*)			
	Dátum spísania záznamu			
	Meno, priezvisko a podpis zástupcu zamestnávateľa ¹⁴⁾			
10	Na odstránenie príčin úrazu zamestnávateľ vykoná nasledujúce termínované opatrenia*)			
	a) technické			
	Dátum vykonania			
	b) organizačné			
	Dátum vykonania			
	c) výchovné a iné			
	Dátum vykonania			
	Meno, priezvisko a podpis zástupcu zamestnávateľa ¹⁴⁾			
11	Vyjadrenie k úrazu			
	a) zástupcu zamestnancov pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci			
	Meno, priezvisko a podpis			
	b) zástupcu odborového orgánu alebo zamestnaneckej rady alebo zamestnaneckého dôverníka*)			
	Meno, priezvisko a podpis			
12	Záznam o kontrole vykonaných opatrení ¹⁵⁾			
	Dátum kontroly			
	Meno, priezvisko a podpis osoby, ktorá vykonala kontrolu			
13	Údaje podľa metodiky Európskej štatistiky pracovných úrazov			
	Číslo úrazu			
	OKEČ ¹⁶⁾	Povolanie zamestnanca ¹⁷⁾	Vek zamestnanca	
	Pohlavie zamestnanca	Druh poranenia	Poranená časť tela	
	Územie, na ktorom vznikol úraz ¹⁸⁾	Dátum úrazu	Čas úrazu	
	Veľkosť organizácie	Príslušnosť zamestnanca k štátom	Pracovný vzťah zamestnanca	
	Celkový počet dní PN***)	Špecifikácia pracoviska	Pracovisko	Pracovný proces
	Špecifická pracovná činnosť	Materiálový činiteľ špecifickej pracovnej činnosti		
	Odchýlka	Materiálový činiteľ odchýlky		
	Dotyk (kontakt) - spôsob poranenia	Materiálový činiteľ dotyku (kontaktu)		