

Záznam o registrovanom pracovnom úraze

Údaje sa vyplňujú veľkými tlačnými písmenami čiernej alebo tmavomodrej farby	
Zamestnávateľ, adresa SEOYON E-HWA AUTOMOTIVE SLOVAKIA S.R.O.	
IČO ¹⁾ 36347884	Právna forma zamestnávateľa ²⁾ SPOLOČNOSŤ S RUČENÍM
Útvár, ktorý vedie evidenciu miezd zamestnávateľa, adresa OBMEDZENÝM	
MZDOVA UCTAREN, SEOYON E-HWA AUTOMOTIVE SLOVAKIA S.R.O., POVAŽSKÁ BYSTRICA	
Slovenská poisťovňa, poisťovník, adresa registrovaný pracovný úraz (ďalej len "úraz") % ³⁾	
1	Meno, priezvisko, titul zamestnanca DANA NOVÁKOVÁ
	Dátum narodenia 100
	Štátna príslušnosť 29111966
	Počet nezaopatrených detí ⁵⁾ 0
IČSZ ⁶⁾ 0	
Denný vymeriavací základ zamestnanca ⁷⁾ EUR	
Je nemocensky poistený ÁNO - NIE ^{*)}	
2	Pracovisko ⁸⁾ ---
	Druh vykonávanej práce (funkcie), pri ktorej zamestnanec utrpel úraz WORKER (funkciu) vykonáva u zamestnávateľa _____ rokov ^{*)} _____ mesiacov ^{*)} _____ dní ^{*)}
3	Má odbornú spôsobilosť na výkon práce, pri ktorej utrpel úraz ÁNO - NIE ^{**) 0}
	Má zdravotnú spôsobilosť na výkon tejto práce ÁNO - NIE ^{**) 0}
	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 14:00 22:00
5	Ide o úraz: smrteľný ÁNO - NIE Dátum úmrtia
	s ťažkou ujmov na zdraví ⁹⁾ ÁNO - NIE ^{*)}
6	Opis priebehu úrazu ¹⁰⁾ DŇA 08.11.2024 O 15:30 HOD. PANI NOVÁKOVÁ PRACOVALA NA C/TOP LINKE, KDE SA JEJ PRI OTÁČANÍ VOZÍKA V MADLE VOZÍKA ZACHYTLIL A VZPRIEČIL PALEC ĽAVEJ RUKY. PRE NEUTÍCHAJÚCU BOLEŠŤ IŠLA NA LEKÁRSKE OŠETRENIE. PANI NOVÁKOVÁ SA PODROBILA DYCHOVEJ SKÚŠKE S NEGATÍVNÝM VÝSLEDKOM.
7	Zdroj úrazu ¹¹⁾ CESTNÉ BEZMOTOROVÉ DOPRAVNÉ PROSTRIEDKY (NAPR. POVOZY S PRÍVESNÝM VOZOM, BICYKLE, RUČNÉ VOZÍKY)
	Kód zdroja úrazu
8	Príčina úrazu ¹²⁾ I-04
	Kód príčiny úrazu

9	Vyjadrenie zamestnanca k úrazu ¹³⁾ Meno, priezvisko a podpis zamestnanca¹³⁾	
	Dátum vyšetrenia úrazu*) Dátum spísania záznamu	11112024 11112024
	 Meno, priezvisko a podpis zástupcu zamestnávateľa ¹⁴⁾	
10	Na odstránenie príčin úrazu zamestnávateľ vykoná nasledujúce termínované opatrenia*) a) technické NIE SÚ POTREBNÉ Dátum vykonania b) organizačné NIE SÚ POTREBNÉ Dátum vykonania c) výchovné a iné POUČENIE ZAMESTNANCA O BEZPEČNOM PRACOVNOM POSTUPE Dátum vykonania	
	 Meno, priezvisko a podpis zástupcu zamestnávateľa ¹⁴⁾	
11	Vyjadrenie k úrazu a) zástupcu zamestnancov pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci SÚHLASÍM S VYŠETRENÍM A SPÍSANÍM PRACOVNÉHO ÚRAZU. ANDREA BANIARI Meno, priezvisko a podpis b) zástupcu odborového orgánu alebo zamestnaneckej rady alebo zamestnaneckého dôverníka*) SÚHLASÍM S VYŠETRENÍM A SPÍSANÍM PRACOVNÉHO ÚRAZU. Meno, priezvisko a podpis	
12	Záznam o kontrole vykonaných opatrení ¹⁵⁾ POUČENIE ZAMESTNANCA O BEZPEČNOM PRACOVNOM POSTUPE. Dátum kontroly Meno, priezvisko a podpis osoby, ktorá vykonala kontrolu	
13	Údaje podľa metodiky Európskej štatistiky pracovných úrazov Číslo úrazu 20240000001	
	OKEČ ¹⁶⁾ 29320	Povolanie zamestnanca ¹⁷⁾ 932101
	Vek zamestnanca 57	
	Pohlavie zamestnanca 2	Druh poranenia 011
	Poranená časť tela 54	
	Územie, na ktorom vznikol úraz ¹⁸⁾ SK022	Dátum úrazu 20241108
	Čas úrazu 15	
	Veľkosť organizácie 5	Príslušnosť zamestnanca k štátom 1
	Pracovný vzťah zamestnanca	
	Celkový počet dní PN*** ¹⁾	Špecifikácia pracoviska 1
	Pracovisko 011	Pracovný proces 11
	Špecifická pracovná činnosť 41	Materiálový činiteľ špecifickej pracovnej činnosti 11040000
	Odchýlka 44	Materiálový činiteľ odchýlky 11040102
	Dotyk (kontakt) - spôsob poranenia	Materiálový činiteľ dotyku (kontaktu)