

Záznam o registrovanom pracovnom úraze

Údaje sa vyplňujú veľkými tlačенými písmenami čiernej alebo tmavomodrej farby	
Zamestnávateľ, adresa	AGRO-RACIO S.R.O., PALUGYAYHO 896, 031 01 LIPTOVSKÝ MIKULÁŠ
IČO ¹⁾	36388378
Útvar, ktorý vedie evidenciu miezd zamestnávateľa, adresa	Právna forma zamestnávateľa ²⁾ SPOL. S RUČENÍM OBMEDZENÝM Organizačná zložka, ³⁾ adresa FARMA SVÄTÝ KRÍŽ
AGRO-RACIO S.R.O., SVÄTÝ KRÍŽ 100,032 11	SVÄTÝ KRÍŽ
Rozsah zodpovednosti zamestnávateľa ⁴⁾ za registrovaný pracovný úraz (ďalej len "úraz")	100 % ^{*)}
1	Meno, priezvisko, titul zamestnanca VLADIMÍRA MIKITOVÁ Trvalý - prechodný pobyt ^{*)} LIPTOVSKÉ KLAČANY 74, 032 14 Denný vymeriavací základ zamestnanca ⁷⁾ 34,7539 Je nemocensky poistený ÁNO - NIE^{*)}
2	Pracovisko ⁸⁾ FARMA L'UBELA Druh vykonávanej práce (funkcie), pri ktorej zamestnanec utrpel úraz OŠETROVATEĽ HOPODÁRSKÝCH ZVIERAT Túto prácu (funkciu) vykonáva u zamestnávateľa 0 rokov ^{*)} 11 mesiacov ^{*)} 3 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 15032021 Po vykonanom oboznámení boli znalosti zamestnanca overené ÁNO - NIE^{*)}
4	Od začiatku zmeny odpracoval 2 hodín Pracovná zmena trvá od 06:45 do 15:15 Miesto, kde došlo k úrazu MAŠTAL' - FARMA L'UBELA
5	Ide o úraz: smrteľný ÁNO - NIE^{*)} s ťažkou ujmom na zdraví ⁹⁾ ÁNO - NIE^{*)}
6	Opis priebehu úrazu ¹⁰⁾ ŠETRENÍM ÚRAZU BOLO ZISTENÉ: K ÚRAZU DOŠLO POČAS DOJENIA KRAVY, KTORÁ PRACOVNÍČKU KOPLA ČO SPÔSOBILO POMLIAŽDENIE ZÁPÄSTIA ĽAVEJ RUKY
7	Zdroj úrazu ¹¹⁾ ZVIERATÁ
8	Príčina úrazu ¹²⁾ OHROZENIE ZVIERATAMI A PRÍRODNÝMI ŽIVLAMI

Kód zdroja úrazu
X-71

Kód príčiny úrazu
13

9	Vyjadrenie zamestnanca k úrazu ¹³⁾ BEZ PRIPOMIENOK		
	VLADIMÍRA MIKITOVÁ Meno, priezvisko a podpis zamestnanca ¹³⁾		
	Dátum vyšetrenia úrazu*) Dátum spísania záznamu	05082021 06082021	
	MARTIN TRNOVSKÝ, ABT 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 ZAMESTNANCI BOLI OBOZNAMENÍ S PRACOVNÝM ÚRAZOM, DBAŤ NA ZVÝŠENÚ OPATRnosť PRI PRÁCI, T: ÚLOHA STÁLA Dátum vykonania 05082021		
	ING. LENKA BARANOVIČOVÁ Meno, priezvisko a podpis zástupcu zamestnávateľa ¹⁴⁾		
11	Vyjadrenie k úrazu a) zástupcu zamestnancov pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci BERIEM NA VEDOMIE LUBOMÍR SKUBÍK 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 20210000002		
	OKEČ ¹⁶⁾ 01.50	Povolanie zamestnanca ¹⁷⁾ 6121001	Vek zamestnanca 21
	Pohlavie zamestnanca 2	Druh poranenia 019	Poranená časť tela 53
	Územie, na ktorom vznikol úraz ¹⁸⁾ SK031	Dátum úrazu 03082021	Čas úrazu 09
	Veľkosť organizácie 3	Príslušnosť zamestnanca k štátom 1	Pracovný vzťah zamestnanca 311
	Celkový počet dní PN*** ¹⁾	Špecifikácia pracoviska 1	Pracovisko 031 Pracovný proces 33
	Špecifická pracovná činnosť 99	Materiálový činiteľ špecifickej pracovnej činnosti 18020502	
	Odchýlka 45	Materiálový činiteľ odchýlky 18020502	
	Dotyk (kontakt) - spôsob poranenia 83	Materiálový činiteľ dotyku (kontaktu) 18020502	