

Záznam o registrovanom pracovnom úraze

Údaje sa vyplňujú veľkými tlačеныmi písmenami čiernej alebo tmavomodrej farby	
Zamestnávateľ, adresa	SEOYON E-HWA AUTOMOTIVE SLOVAKIA S.R.O.
IČO ¹⁾	36347884
	Právna forma zamestnávateľa ²⁾
Útvar, ktorý vedie evidenciu miezd zamestnávateľa, adresa	Organizačná zložka, ³⁾ adresa
Rozsah zodpovednosti zamestnávateľa ⁴⁾ za registrovaný pracovný úraz (ďalej len "úraz")	☐ ☐ % ^{*)}
1	Meno, priezvisko, titul zamestnanca Trvalý - prechodný pobyt ^{*)} Denný vymeriavací základ zamestnanca ⁷⁾ Je nemocensky poistený ÁNO - NIE^{*)}
	Dátum narodenia Štátna príslušnosť Počet nezaopatrených detí ⁵⁾ IČSZ ⁶⁾ EUR
2	Pracovisko ⁸⁾ Druh vykonávanej práce (funkcie), pri ktorej zamestnanec utrpel úraz Túto prácu (funkciu) vykonáva u zamestnávateľa 0 rokov ^{*)} 0 mesiacov ^{*)} 0 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 ujmov na zdraví ⁹⁾ ÁNO - NIE^{*)}
	Dátum úmrtia
6	Opis priebehu úrazu ¹⁰⁾
7	Zdroj úrazu ¹¹⁾ VNÚTROPODNIKOVÉ BEZMOTOROVÉ DOPRAVNÉ PROSTRIEDKY (NA KOĽAJI I BEZ KOĽAJÍ)
	Kód zdroja úrazu I-07
8	Príčina úrazu ¹²⁾ NEDOSTATKY OSOBNÝCH PREDPOKLADOV NA RIADNY PRACOVNÝ VÝKON (NAPR. CHÝBAJÚCE TELESNÉ PREDPOKLADY, ZMYSLOVÉ NEDOSTATKY, NEPRIAZNIVÉ OSOBNÉ VLASTNOSTI A OKAMŽITÉ PSYCHOFYZIOLOGICKÉ STAVY)
	Kód príčiny úrazu 12

9	Vyjadrenie zamestnanca k úrazu ¹³⁾ Meno, priezvisko a podpis zamestnanca¹³⁾		
	Dátum vyšetrenia úrazu*) Dátum spísania záznamu		 Meno, priezvisko a podpis zástupcu zamestnávateľa¹⁴⁾
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 zamestnávateľa¹⁴⁾		
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 20250000006		
	OKEČ¹⁶⁾ Povolanie zamestnanca¹⁷⁾ Vek zamestnanca		
	Pohlavie zamestnanca 2 Druh poranenia 030 Poranená časť tela 31		
	Územie, na ktorom vznikol úraz¹⁸⁾ Dátum úrazu Čas úrazu 00		
	Veľkosť organizácie ☐ Príslušnosť zamestnanca k štátom ☐ Pracovný vzťah zamestnanca 311		
	Celkový počet dní PN***¹⁾ Špecifikácia pracoviska 1 Pracovisko 011 Pracovný proces 10		
	Špecifická pracovná činnosť 41 Materiálový činiteľ špecifickej pracovnej činnosti 11040000		
	Odchýlka 64 Materiálový činiteľ odchýlky 11040000		
	Dotyk (kontakt) - spôsob poranenia 99 Materiálový činiteľ dotyku (kontaktu) 11040000		