

Záznam o registrovanom pracovnom úraze

Údaje sa vyplňujú veľkými tlačnými písmenami čiernej alebo tmavomodrej farby			
Zamestnávateľ, adresa		SOAR SK, A.S.	
IČO ¹⁾	50442201	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 ⁶⁾	Štátna príslušnosť	
	Denný vymeriavací základ zamestnanca ⁷⁾	Počet nezaopatrených detí ⁸⁾	
	Je nemocensky poistený	ÁNO - NIE ⁹⁾	EUR
2	Pracovisko ¹⁰⁾		
	Druh vykonávanej práce (funkcie), pri ktorej zamestnanec utrpel úraz		
	Túto prácu (funkciu) vykonáva u zamestnávateľa _____ rokov ¹¹⁾ _____ mesiacov ¹²⁾ _____ dní ¹³⁾		
3	Má odbornú spôsobilosť na výkon práce, pri ktorej utrpel úraz	ÁNO - NIE ¹⁴⁾	
	Má zdravotnú spôsobilosť na výkon tejto práce	ÁNO - NIE ¹⁵⁾	
	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		
4	Od začiatku zmeny odpracoval _____ hodín	Pracovná zmena trvá od _____ do _____	
	Miesto, kde došlo k úrazu		
5	Ide o úraz: smrteľný	ÁNO - NIE ¹⁶⁾	Dátum úmrtia
	s ťažkou ujmom na zdraví ¹⁷⁾	ÁNO - NIE ¹⁸⁾	
6	Opis priebehu úrazu ¹⁹⁾		
7	Zdroj úrazu ²⁰⁾		
	Kód zdroja úrazu		
8	Príčina úrazu ²¹⁾		
	Kód príčiny úrazu		

9	Vyjadrenie zamestnanca k úrazu ¹³⁾	
	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 20220000001	
	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)