

Záznam o registrovanom pracovnom úraze

Údaje sa vyplňujú veľkými tlačnými písmenami čiernej alebo tmavomodrej farby									
Zamestnávateľ, adresa		KAUFLAND SLOVENSKÁ REPUBLIKA V.O.S.							
IČO ¹⁾		35790164		Právna forma zamestnávateľa ²⁾		V.O.S.			
Útvár, ktorý vedie evidenciu miezd zamestnávateľa, adresa		KAUFLAND SLOVENSKÁ REPUBLIKA V.O.S.		Organizačná zložka, ³⁾ adresa		OD KAUFLAND - 6620 PEZINOK			
TRNAVSKÁ CESTA 41/A BRATISLAVA 3 831 04				OBCHODNÁ ULICA 24 902 01 PEZINOK					
Rozsah zodpovednosti zamestnávateľa ⁴⁾ za registrovaný pracovný úraz (ďalej len "úraz")				80		%		*)	
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⁾					
				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 *)		Dátum úmrtia				
	s ťažkou ujmom na zdraví ⁹⁾		ÁNO - NIE *)						
6	Opis priebehu úrazu ¹⁰⁾								
7	Zdroj úrazu ¹¹⁾								
	Kód zdroja úrazu								
8	Príčina úrazu ¹²⁾								
	Kód príčiny úrazu								

9	Vyjadrenie zamestnanca k úrazu ¹³⁾ ¹³⁾ Meno, priezvisko a podpis zamestnanca	
	Dátum vyšetrenia úrazu*) Dátum spísania záznamu	
	 ¹⁴⁾ Meno, priezvisko a podpis zástupcu zamestnávateľa	
10	Na odstránenie príčin úrazu zamestnávateľ vykoná nasledujúce termínované opatrenia*) a) technické Dátum vykonania b) organizačné Dátum vykonania c) výchovné a iné Dátum vykonania ¹⁴⁾ Meno, priezvisko a podpis zástupcu zamestnávateľa	
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	
Údaje podľa metodiky Európskej štatistiky pracovných úrazov		
Číslo úrazu 20210000001		
13	OKEČ¹⁶⁾ Povolanie zamestnanca¹⁷⁾ Vek zamestnanca Pohlavie zamestnanca Druh poranenia 010 Poranená časť tela Územie, na ktorom vznikol úraz¹⁸⁾ Dátum úrazu Čas úrazu Veľkosť organizácie Príslušnosť zamestnanca k štátom Pracovný vzťah zamestnanca Celkový počet dní PN***¹⁾ Špecifikácia pracoviska Pracovisko Pracovný proces Špecifická pracovná činnosť Materiálový činiteľ špecifickej pracovnej činnosti Odchýlka 40 Materiálový činiteľ odchýlky Dotyk (kontakt) - spôsob poranenia Materiálový činiteľ dotyku (kontaktu)	