

Záznam o registrovanom pracovnom úraze

Udaje sa vyplňujú veľkými tlačnými písmenami čiernej alebo tmavomodrej farby									
Zamestnávateľ, adresa		FREEM, A. S.							
IČO ¹⁾		36441538		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			Dátum narodenia					
	Trvalý - prechodný pobyt ^{*)}			Štátna príslušnosť					
	Denný vymeriavací základ zamestnanca ⁷⁾			Počet nezaopatrených detí ⁵⁾					
	Je nemocensky poistený			ÁNO - NIE ^{*)}					
2	Pracovisko ⁸⁾			IČSZ ⁶⁾					
	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⁾ 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		
Údaje podľa metodiky Európskej štatistiky pracovných úrazov Číslo úrazu 202200000001			
13	OKEČ¹⁶⁾ Povolanie zamestnanca¹⁷⁾ Vek zamestnanca Pohlavie zamestnanca Druh poranenia 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 Materiálový činiteľ odchýlky Dotyk (kontakt) - spôsob poranenia Materiálový činiteľ dotyku (kontaktu)		