

Záznam o registrovanom pracovnom úraze

Údaje sa vyplňujú veľkými tlačnými písmenami čiernej alebo tmavomodrej farby	
Zamestnávateľ, adresa DELTECH, A.S.	
IČO ¹⁾ 30225582	Právna forma zamestnávateľa ²⁾ AKCIOVÁ SPOLČNOSŤ
Útvár, ktorý vedie evidenciu miezd zamestnávateľa, adresa PAM	Organizačná zložka, ³⁾ adresa DETTO
Rozsah zodpovednosti zamestnávateľa ⁴⁾ za registrovaný pracovný úraz (ďalej len "úraz") 100 % ^{*)}	
1	Meno, priezvisko, titul zamestnanca JÁN PAVOL Trvalý - prechodný pobyt ^{*)} LIPTOVSKÝ MIKULÁŠ Denný vymeriavací základ zamestnanca ⁷⁾ 36,6985 Je nemocensky poistený ÁNO - NIE^{*)}
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 5 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⁾ ASDASDFFVSDFFVVCXVCVASDVXCVXVDDFFVDSVXCVXC ASKCVLSIHV -ASJKHFIASKD
7	Zdroj úrazu ¹¹⁾ OKRUŽNÉ, RÁMOVÉ A INÉ PÍLY NA DREVO
Kód zdroja úrazu III-15	
8	Príčina úrazu ¹²⁾ POUŽÍVANIE NEBEZPEČNÝCH POSTUPOV ALEBO SPÔSOBOV PRÁCE VRÁTANE KONANIA BEZ OPRÁVNENIA, PROTI PRÍKAZU, ZÁKAZU A POKYNOM, ZOTRVÁVANIE V OHROZENOM PRIESTORE
Kód príčiny úrazu 8	

9	Vyjadrenie zamestnanca k úrazu ¹³⁾ MAJÚ PRAVDU		
	 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 20210000001		
	OKEČ ¹⁶⁾ Pohlavie zamestnanca 1	Povolanie zamestnanca ¹⁷⁾ 7211002 Druh poranenia 050	Vek zamestnanca 85 Poranená časť tela 40
	Územie, na ktorom vznikol úraz ¹⁸⁾ Veľkosť organizácie ☐	Dátum úrazu Čas úrazu 10	Príslušnosť zamestnanca k štátom ☐ Pracovný vzťah zamestnanca 320
	Celkový počet dní PN*** ¹⁾ 50	Špecifikácia pracoviska ☐ Pracovisko Pracovný proces	
	Špecifická pracovná činnosť 50	Materiálový činiteľ špecifickej pracovnej činnosti 01020000	
	Odchýlka 50	Materiálový činiteľ odchýlky 02000000	
	Dotyk (kontakt) - spôsob poranenia 39	Materiálový činiteľ dotyku (kontaktu) 06010000	