

Záznam o registrovanom pracovnom úraze

Udaje sa vyplňujú veľkými tlačnými písmenami čiernej alebo tmavomodrej farby										
Zamestnávateľ, adresa		PMB SLOVAKIA, S. R. O.								
IČO ¹⁾		36698458		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 ^{*)}			IČSZ ⁶⁾			
2		Pracovisko ⁸⁾			Dátum narodenia					
		Druh vykonávanej práce (funkcie), pri ktorej zamestnanec utrpel úraz			Štátna príslušnosť					
		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		
		Miesto, kde došlo k úrazu						do		
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)		