

Záznam o registrovanom pracovnom úraze

Údaje sa vyplňujú veľkými tlačnými písmenami čiernej alebo tmavomodrej farby

Zamestnávateľ, adresa LEGISLATIVA	
IČO ¹⁾ 	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 Trvalý - prechodný pobyt⁶⁾ Denný vymeriavací základ zamestnanca⁷⁾ Je nemocensky poistený ÁNO - NIE⁸⁾ Dátum narodenia Štátna príslušnosť Počet nezaopatrených detí⁹⁾ IČSZ⁶⁾ EUR
2	Pracovisko⁸⁾ Druh vykonávanej práce (funkcie), pri ktorej zamestnanec utrpel úraz Túto prácu (funkciu) vykonáva u zamestnávateľa 0 rokov⁹⁾ 0 mesiacov⁹⁾ 0 dní⁹⁾
3	Má odbornú spôsobilosť na výkon práce, pri ktorej utrpel úraz ÁNO - NIE¹⁰⁾ Má zdravotnú spôsobilosť na výkon tejto práce ÁNO - NIE¹⁰⁾ 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 12102022 Po vykonanom oboznámení boli znalosti zamestnanca overené ÁNO - NIE¹⁰⁾
4	Od začiatku zmeny odpracoval hodín Pracovná zmena trvá od do Miesto, kde došlo k úrazu
5	Ide o úraz: smrteľný ÁNO - NIE¹¹⁾ s ťažkou ujmom na zdraví⁹⁾ ÁNO - NIE¹¹⁾ Dátum úmrtia 14102022
6	Opis priebehu úrazu¹⁰⁾
7	Zdroj úrazu¹¹⁾ Kód zdroja úrazu
8	Príčina úrazu¹²⁾ 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⁾
	Pohlavie zamestnanca	Vek 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)