

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⁾
Útvár, 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 Trvalý - prechodný pobyt ^{*)} Denný vymeriavací základ zamestnanca ⁷⁾ Je nemocensky poistený ÁNO - NIE^{*)}
	Dátum narodenia Štátna príslušnosť Počet nezaopatrených detí ⁵⁾ IČSZ ⁶⁾
	EUR
	Pracovisko ⁸⁾
2	Druh vykonávanej práce (funkcie), pri ktorej zamestnanec utrpel úraz Túto prácu (funkciu) vykonáva u zamestnávateľa _____ rokov ^{*)} _____ mesiacov ^{*)} _____ dní ^{*)}
	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^{*)}
3	Od začiatku zmeny odpracoval _____ hodín Pracovná zmena trvá od _____ do _____ Miesto, kde došlo k úrazu
4	Ide o úraz: smrteľný ÁNO - NIE^{*)} s ťažkou ujmom na zdraví ⁹⁾ ÁNO - NIE^{*)} Dátum úmrtia
5	Opis priebehu úrazu ¹⁰⁾
6	Zdroj úrazu ¹¹⁾
7	Kód zdroja úrazu
8	Príčina úrazu ¹²⁾
9	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 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 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 20210000002		
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)	