

Záznam o registrovanom pracovnom úraze

Údaje sa vyplňujú veľkými tlačенými písmenami čiernej alebo tmavomodrej farby			
Zamestnávateľ, adresa		AGRO-RACIO S.R.O., PALUGYAYHO 896, 031 01 LIPTOVSKÝ MIKULÁŠ	
IČO ¹⁾	36388378	Právna forma zamestnávateľa ²⁾	S.R.O.
Útvar, ktorý vedie evidenciu miezd zamestnávateľa, adresa	AGRO-RACIO S.R.O., SVÄTÝ KRÍŽ 100, 032 11	Organizačná zložka, ³⁾ adresa	FARMA L'UBEĽA
Rozsah zodpovednosti zamestnávateľa ⁴⁾ za registrovaný pracovný úraz (ďalej len "úraz")		100 % ^{*)}	
1	Meno, priezvisko, titul zamestnanca	Dátum narodenia	01041966
	PETER HLADIŠ	Štátna príslušnosť	SR
	Trvalý - prechodný pobyt ^{*)}	Počet nezaopatrených detí ⁵⁾	7
	PARTIZÁNSKA L'UPČA 424, 032 15	IČSZ ⁶⁾	6604016694
	Denný vymeriavací základ zamestnanca ⁷⁾	42,4431 EUR	
	Je nemocensky poistený	ÁNO - NIE^{*)}	
2	Pracovisko ⁸⁾		
	FARMA L'UBEĽA		
	Druh vykonávanej práce (funkcie), pri ktorej zamestnanec utrpel úraz		
	OŠETROVATEĽ HD - DOJČ		
	Túto prácu (funkciu) vykonáva u zamestnávateľa	15 rokov ^{*)}	2 mesiacov ^{*)} 20 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	15032021	
	Po vykonanom oboznámení boli znalosti zamestnanca overené	ÁNO - NIE^{*)}	
	Od začiatku zmeny odpracoval	9 hodín	Pracovná zmena trvá od
4	Miesto, kde došlo k úrazu	DOJÁREN FARMA L'UBEĽA	
5	Ide o úraz: smrteľný	ÁNO - NIE^{*)}	Dátum úmrtia
	s ťažkou ujmom na zdraví ⁹⁾	ÁNO - NIE^{*)}	
6	Opis priebehu úrazu ¹⁰⁾		
	ZRANENÉMU PRI ZAPÍNANÍ KRAVY DO DOJACIEHO ZARIADENIA, DANÁ KRAVA STUPLA NA L'AVÚ RUKU, ČÍM MU SPÔSOBILA ZLOMENINU RUKY.		
7	Zdroj úrazu ¹¹⁾		
	ZVIERATÁ - KRAVA		
		Kód zdroja úrazu X-71	
8	Príčina úrazu ¹²⁾		
	OHROZENIE ZVIERATAMI A PRÍRODNÝMI ŽIVLAMI		
		Kód príčiny úrazu 13	

9	Vyjadrenie zamestnanca k úrazu ¹³⁾ SÚHLASÍM S VYPÍSANÍM PRACOVNÉHO ÚRAZU		
	PETER HLADIŠ Meno, priezvisko a podpis zamestnanca ¹³⁾		
	Dátum vyšetrenia úrazu*) Dátum spísania záznamu	01122022 01122022	
	NATALENKO TARAS 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 DBAŤ NA ZVÝŠENÚ OPATRnosť PRI PRÁCI SO ZVIERATAMI TERMÍN: STÁLY Dátum vykonania		
	NATALENKO TARAS Meno, priezvisko a podpis zástupcu zamestnávateľa ¹⁴⁾		
11	Vyjadrenie k úrazu a) zástupcu zamestnancov pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci NEMÁM PRIPOMIENKY ĽUBOMÍR SKUBÍK 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		
	OKEČ¹⁶⁾ 01.50 Povolanie zamestnanca¹⁷⁾ 612101 Vek zamestnanca 56 Pohlavie zamestnanca 1 Druh poranenia 021 Poranená časť tela 53 Územie, na ktorom vznikol úraz¹⁸⁾ SK031 Dátum úrazu 20221130 Čas úrazu 13 Veľkosť organizácie 3 Príslušnosť zamestnanca k štátom 1 Pracovný vzťah zamestnanca 311 Celkový počet dní PN***¹⁾ 00 Špecifikácia pracoviska 1 Pracovisko 031 Pracovný proces 33 Špecifická pracovná činnosť 42 Materiálový činiteľ špecifickej pracovnej činnosti 10180100 Odchýlka 84 Materiálový činiteľ odchýlky 18020502 Dotyk (kontakt) - spôsob poranenia 83 Materiálový činiteľ dotyku (kontaktu) 18020502		