

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^{*)}
2	Pracovisko ⁸⁾
	Druh vykonávanej práce (funkcie), pri ktorej zamestnanec utrpel úraz
	Túto prácu (funkciu) vykonáva u zamestnávateľa 0 rokov^{*)} 0 mesiacov^{*)} 0 dní^{*)}
	Má odbornú spôsobilosť na výkon práce, pri ktorej utrpel úraz ÁNO - NIE^{**)}
3	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^{*)}
	Od začiatku zmeny odpracoval hodín Pracovná zmena trvá od do
4	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⁾
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		
13	Údaje podľa metodiky Európskej štatistiky pracovných úrazov Číslo úrazu 20210000003		
	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)		