

Záznam o registrovanom pracovnom úraze

Údaje sa vyplňujú veľkými tlačnými písmenami čiernej alebo tmavomodrej farby

Zamestnávateľ, adresa GODUR, S.R.O.	
IČO ¹⁾ 31594441	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") %⁵⁾	
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 zamestnanca ¹³⁾	
10	Dátum vyšetrenia úrazu*)			
	Dátum spísania záznamu		Meno, priezvisko a podpis zástupcu zamestnávateľa ¹⁴⁾	
11	Na odstránenie príčin úrazu zamestnávateľ vykoná nasledujúce termínované opatrenia*)			
	a) technické			
	Dátum vykonania			
	b) organizačné			
12	Dátum vykonania			
	c) výchovné a iné			
	Dátum vykonania			
	Meno, priezvisko a podpis zástupcu zamestnávateľa ¹⁴⁾			
13	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*)			
14				
			Meno, priezvisko a podpis	
	Záznam o kontrole vykonaných opatrení ¹⁵⁾			
	Dátum kontroly		Meno, priezvisko a podpis osoby, ktorá vykonala kontrolu	
15	Údaje podľa metodiky Európskej štatistiky pracovných úrazov			
	Číslo úrazu			
	OKEČ ¹⁶⁾		Povolanie zamestnanca ¹⁷⁾	
	Vek zamestnanca		Pohlavie 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 ¹⁹⁾		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)	