

Záznam o registrovanom pracovnom úraze

Údaje sa vyplňujú veľkými tlačеныmi písmenami čiernej alebo tmavomodrej farby			
Zamestnávateľ, adresa		KAUFLAND SLOVENSKÁ REPUBLIKA V.O.S.	
IČO ¹⁾	35790164	Právna forma zamestnávateľa ²⁾	VOS
Útvar, ktorý vedie evidenciu miezd zamestnávateľa, adresa	KAUFLAND SR, V.O.S., MZDOVÉ ODD. TRNAVSKÁ CESTA 41/A, 831 04 BRATISLAVA	Organizačná zložka, ³⁾ adresa	KAUFLAND TRNAVA-SEVER, TRSTÍNSKA CESTA 2 917 01 TRNAVA
Rozsah zodpovednosti zamestnávateľa ⁴⁾ za registrovaný pracovný úraz (ďalej len "úraz")		100 % ^{*)}	
1	Meno, priezvisko, titul zamestnanca	Dátum narodenia	30061986
	JOZEF HAVRILA	Štátna príslušnosť	SLOVENSKA
	Trvalý - prechodný pobyt ^{*)}	Počet nezaopatrených detí ⁵⁾	1
	HÚSKOVÁ 53, 040 23 KOŠICE	IČSZ ⁶⁾	8606308964
Denný vymeriavací základ zamestnanca ⁷⁾		EUR	
Je nemocensky poistený		ÁNO - NIE^{*)}	
2	Pracovisko ⁸⁾		
	KAUFLAND TRNAVA - SEVER, TRSTÍNSKA CESTA 9313/2 917 01 TRNAVA - SKLAD		
	Druh vykonávanej práce (funkcie), pri ktorej zamestnanec utrpel úraz		
	PRACOVNÍK PREVÁDZKY OBCHODU		
Túto prácu (funkciu) vykonáva u zamestnávateľa		0 rokov ^{*)} 3 mesiacov ^{*)} 30 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		
	04032024		
	Po vykonanom oboznámení boli znalosti zamestnanca overené		ÁNO - NIE^{*)}
4	Od začiatku zmeny odpracoval	3 hodín	Pracovná zmena trvá od 05:00 do 13:20
	Miesto, kde došlo k úrazu	SKLAD	
5	Ide o úraz: smrteľný	ÁNO - NIE^{*)}	Dátum úmrtia
	s ťažkou ujmom na zdraví ⁹⁾	ÁNO - NIE^{*)}	
6	Opis priebehu úrazu ¹⁰⁾		
	POŠKODENÝ NASTÚPIL NA PRACOVNÚ ZMENU O 05:00 HOD. PRIBLIŽNE O 08:10 POČAS MANIPULÁCIE S PALETAMI OVOCIA A ZELENINY SI DANÝ ZAMESTNANEC POMLIAŽDIL PRSTY PRAVEJ RUKY. POČAS SKLADANIA JEDNOTLIVÝCH PALIET, KTORÉ NEBOLI STABILNÉ SA SNAŽIL ZABRÁNIŤ PÁDU A PRIVREL SI RUKU. NÁSLEDNE VYHLADAL LEKÁRSKU POMOC KDE MU ZISTILI POMLIAŽDENIE PRSTA S POŠKODENÍM NECHTOVÉHO LÔŽKA.		
7	Zdroj úrazu ¹¹⁾		Kód zdroja úrazu
			VB-50
8	Príčina úrazu ¹²⁾		Kód príčiny úrazu
			1

9	Vyjadrenie zamestnanca k úrazu ¹³⁾	JOZEF HAVRILA Meno, priezvisko a podpis zamestnanca ¹³⁾		
	Dátum vyšetrenia úrazu*) Dátum spísania záznamu	30072024 30072024	TOMÁŠ KATRA VOD 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 ZAMESTNÁVATEĽ POUČÍ ZAMESTNANCOV O VZNIKNUTOM PRACOVNOM ÚRAZE A UPOZORNÍ ICH O PRAVIDELNEJ KONTROLE STAVU A STABILITY SKLADOVÝCH PALIET Dátum vykonania 31082024			
	TOMÁŠ KATRA VOD Meno, priezvisko a podpis zástupcu zamestnávateľa ¹⁴⁾			
11	Vyjadrenie k úrazu a) zástupcu zamestnancov pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci BEZ PRIPOMIENOK, SÚHLASÍM S OPISOM PRIEBEHU ÚRAZU. PATRÍCIA BARTÁKOVÁ 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 20240000106			
	OKEČ¹⁶⁾ 47110 Povolanie zamestnanca¹⁷⁾ 5223001 Vek zamestnanca 38 Pohlavie zamestnanca 1 Druh poranenia 010 Poranená časť tela 54 Územie, na ktorom vznikol úraz¹⁸⁾ SK021 Dátum úrazu 20240730 Čas úrazu 08 Veľkosť organizácie 5 Príslušnosť zamestnanca k štátom 1 Pracovný vzťah zamestnanca 311 Celkový počet dní PN***¹⁾ Špecifikácia pracoviska 1 Pracovisko 043 Pracovný proces 43 Špecifická pracovná činnosť 41 Materiálový činiteľ špecifickej pracovnej činnosti 11080200 Odchýlka 35 Materiálový činiteľ odchýlky 11080200 Dotyk (kontakt) - spôsob poranenia 42 Materiálový činiteľ dotyku (kontaktu) 11080200			