

Záznam o registrovanom pracovnom úraze

Údaje sa vyplňujú veľkými tlačnými písmenami čiernej alebo tmavomodrej farby

| | |
|---|---|
| Zamestnávateľ, adresa EKONOMICKÁ UNIVERZITA BRATISLAVA DOLNOZEMSKÁ CESTA 1 , 852 35 BRATISLAVA 5 | |
| IČO ¹⁾ <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="7"/> | 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“) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> % ^{*)} | |

| | | |
|---|---|--|
| 1 | Meno, priezvisko, titul zamestnanca | Dátum narodenia <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |
| | Trvalý - prechodný pobyt ^{*)} | Štátna príslušnosť _____ |
| | Denný vymeriavací základ zamestnanca ⁷⁾ | Počet nezaopatrených detí ⁵⁾ _____ |
| | Je nemocensky poistený <input type="checkbox"/> ÁNO - <input type="checkbox"/> NIE ^{*)} | IČSZ ⁶⁾ <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |
| 2 | Pracovisko ⁸⁾ | Sk |
| | Druh vykonávanej práce (funkcie), pri ktorej zamestnanec utrpel úraz | |
| Túto prácu (funkciu) vykonáva u zamestnávateľa _____ rokov ^{*)} _____ mesiacov ^{*)} _____ dní ^{*)} | | |
| 3 | Má odbornú spôsobilosť na výkon práce, pri ktorej utrpel úraz | <input type="checkbox"/> ÁNO - <input checked="" type="checkbox"/> NIE ^{**)} |
| | Má zdravotnú spôsobilosť na výkon tejto práce | <input type="checkbox"/> ÁNO - <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |
| | Po vykonanom oboznámení boli znalosti zamestnanca overené | <input type="checkbox"/> ÁNO - <input type="checkbox"/> NIE ^{*)} |
| 4 | Od začiatku zmeny odpracoval _____ hodín | Pracovná zmena trvá od _____ do _____ |
| | Miesto, kde došlo k úrazu _____ | |
| 5 | Ide o úraz: smrteľný <input type="checkbox"/> ÁNO - <input checked="" type="checkbox"/> NIE ^{*)} | Dátum úmrtia <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |
| | s ťažkou ujmom na zdraví ⁹⁾ <input type="checkbox"/> ÁNO - <input checked="" type="checkbox"/> 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⁾ | |
| | <p style="text-align: right;">..... Meno, priezvisko a podpis zamestnanca¹³⁾</p> | |
| 10 | Dátum vyšetrenia úrazu *) | <input type="text"/> |
| | Dátum spísania záznamu | <input type="text"/> |
| | | Meno, priezvisko a podpis zástupcu zamestnávateľa ¹⁴⁾ |
| 11 | Na odstránenie príčin úrazu zamestnávateľ vykoná nasledujúce termínované opatrenia*) | |
| | a) technické | |
| | Dátum vykonania | <input type="text"/> |
| | b) organizačné | |
| Dátum vykonania | <input type="text"/> | |
| c) výchovné a iné | | |
| Dátum vykonania | <input type="text"/> | |
| | | Meno, priezvisko a podpis zástupcu zamestnávateľa ¹⁴⁾ |
| 12 | 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 |
| 13 | Záznam o kontrole vykonaných opatrení ¹⁵⁾ | |
| | Dátum kontroly | <input type="text"/> Meno, priezvisko a podpis osoby, ktorá vykonala kontrolu |
| Údaje podľa metodiky Európskej štatistiky pracovných úrazov | | |
| Číslo úrazu <input type="text"/> | | |
| OKEČ ¹⁶⁾ | <input type="text"/> | Povolanie zamestnanca ¹⁷⁾ <input type="text"/> Vek zamestnanca <input type="text"/> |
| Pohlavie zamestnanca <input type="checkbox"/> | Druh zranenia <input type="text"/> | Poranená časť tela <input type="text"/> |
| Územie, na ktorom vznikol úraz ¹⁸⁾ <input type="text"/> | Dátum úrazu <input type="text"/> | Čas úrazu <input type="text"/> |
| Veľkosť organizácie <input type="checkbox"/> | Príslušnosť zamestnanca k štátom <input type="checkbox"/> | Pracovný vzťah zamestnanca <input type="text"/> |
| Celkový počet dní PN ^{***)} <input type="text"/> | Špecifikácia pracoviska <input type="checkbox"/> | Pracovisko <input type="text"/> Pracovný proces <input type="text"/> |
| Špecifická pracovná činnosť <input type="text"/> | Materiálový činiteľ špecifickej pracovnej činnosti <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Odchýlka <input type="text"/> | Materiálový činiteľ <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dotyk (kontakt) - spôsob poranenia <input type="text"/> | Materiálový činiteľ dotyku (kontaktu) <input type="text"/> | <input type="text"/> |