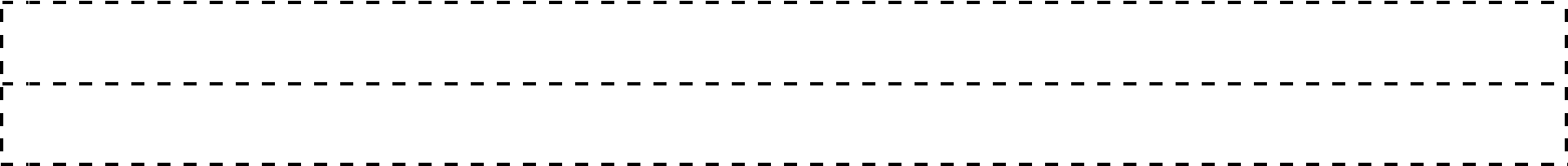
**ZÁZNAM O ÚRAZU - HLÁŠENÍ ZMĚN**

*Evidenční číslo záznamua):*        
*Evidenční číslo zaměstnavatele b):*



**Údaje o zaměstnavateli, který záznam o úrazu odeslal:**

|  |  |
| --- | --- |
| Název zaměstnavatele: | IČO: |
| Adresa: |

**Údaje o úrazem postiženém zaměstnanci a o úrazu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno: | Datum úrazu: |
| Datum narození: | Místo, kde k úrazu došlo: |

**Hospitalizace úrazem postiženého zaměstnance přesáhla 5 kalendářních dnů:**

ano ne

**C 9 - Trvání pracovní neschopnosti následkem úrazu:**

od:do:celkem kalendářních dnů:

**D 1 – Úrazem postižený zaměstnanec na následky poškození zdraví při úrazu zemřel dne:**

**Jiné změny:**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Úrazem postižený zaměstnanec | datum, jméno, příjmení a podpis |
| Zástupce zaměstnanců pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci | datum, jméno, příjmení a podpis |
| Za odborovou organizaci | datum, jméno, příjmení a podpis |
| Za zaměstnavatele | datum, jméno, příjmení a podpis  pracovní zařazení: |

a) Vyplní orgán inspekce práce, popřípadě orgán báňské správy

b) Vyplní zaměstnavatel