ZÁZNAM O ÚRAZU - HLÁŠENÍ ZMĚN

[redacted]

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

[a)] Vyplní orgán inspekce práce, popřípadě orgán báňské správy
[b)] Vyplní zaměstnavatel