

# ZÁZNAM O ÚRAZU – HLÁŠENÍ ZMĚN

Evidenční číslo záznamu <sup>a)</sup>:

Evidenční číslo zaměstnavatele <sup>b)</sup>:

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

Název zaměstnavatele:	IČO:
	Adresa:

## Údaje o úrazem postiženém zaměstnanci a o úrazu:

Jméno a příjmení:		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:

<sup>a)</sup> Vyplní orgán inspekce práce, popřípadě orgán báňské správy.

<sup>b)</sup> Vyplní zaměstnavatel