

ZÁZNAM O ÚRAZU – HLÁŠENÍ ZMĚN

Evidenční číslo záznamu^{a)}:

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 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

- a) Vyplní orgán inspekce práce, popř. orgán státní báňské správy
 b) Vyplní zaměstnavatel