

ZÁZNAM O ÚRAZU – HLÁŠENÍ ZMĚN

Evidenční číslo záznamu
(inspekce práce, báňská správa)

Interní evidenční číslo
(u zaměstnavatele)

1 ÚDAJE O ZAMĚSTNAVATELI, KTERÝ ZÁZNAM O ÚRAZU ODESLAL

Firma (název zaměstnavatele)		IČ	
Sídlo (adresa)			

2 ÚDAJE O ÚRAZEM POSTIŽENÉM ZAMĚSTNANCÍ A O ÚRAZU

Příjmení a jméno		Místo, kde k úrazu došlo	
Rodné číslo (nebo datum narození)			
Datum úrazu			

3 ZMĚNY

Hospitalizace úrazem postiženého zaměstnance přesáhla 5 kalendářních dnů	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	C9 Trvání pracovní neschopnosti následkem úrazu	od: <input type="text"/>	→ kalendářních dnů: <input type="text"/>
D1 Úrazem postižený zaměstnanec na následky poškození zdraví při úrazu zemřel	datum: <input type="text"/>		do: <input type="text"/>	
Jiné změny				

4 PODPISY

Úrazem postižený zaměstnanec	Jméno a příjmení	Datum	Podpis
Zástupce zaměstnanců pro BOZP	Jméno a příjmení	Datum	Podpis
Zástupce odborové organizace	Jméno a příjmení	Datum	Podpis
Za zaměstnavatele	Jméno a příjmení	Datum	Podpis
	Pracovní zařazení		

Odeslání tohoto
formuláře

- odeslání institucím (do 5. dne následujícího měsíce): policie ČR dle místa úrazu při podezření na spáchání trestného činu nebo při smrtelném pracovním úrazu; oblastní inspektorát práce; zdravotní pojišťovna zaměstnance
- odeslání úrazové pojišťovně zaměstnavatele (po kompletaci podkladů k odškodnění)