

ZÁZNAM O ÚRAZU - HLÁŠENÍ ZMĚNEvidenční 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 | <hr/> datum, jméno, příjmení a podpis |
| Za zaměstnavatele | <hr/> datum, jméno, příjmení a podpis pracovní zařazení: |

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