

**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	<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.“.