

**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<br>pracovní zařazení: |

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