ZÁZNAM O ÚRAZU – HLÁŠENÍ ZMĚN

Evidenční číslo záznamu [a)]
Evidenční číslo zaměstnavatele [b)]

Údaje o zaměstnavateli, který záznam o úrazu odeslal:

Název zaměstnavatele:	IČ:
	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 dočasné 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, popřípadě orgán státní báňské správy
b) Vyplní zaměstnavatel