ZÁZNAM O ÚRAZU – HLÁŠENÍ ZMĚN

Evidenční číslo záznamu [a]: **Evidenční číslo zaměstnavatele [b]:**

Údaje o zaměstnavateli, který záznam o úrazu odeslal:

Název zaměstnavatele:	IČO:
	Adresa:

Údaje o úrazem postiženém zaměstnanci:

Jméno a příjmení:	Datum úrazu:
Datum narození:	Místo kde k úrazu došlo:

Hospitalizace úrazem postiženého zaměstnance přesáhla 5 kalendářních dnů
☐ ANO ☐ NE

C 8 – 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:

	datum	jméno a příjmení	Podpis
Úrazem postižený zaměstnanec			
Za zaměstnavatele			
	pracovní zařazení:		

[a] Vyplní orgán inspekce práce, popřípadě orgán báňské správy.

[b] Vyplní zaměstnavatel.