

ZÁZNAM O ÚRAZU – HLÁŠENÍ ZMĚN

Evidenční číslo záznamu ^{a)} :
Evidenční číslo zaměstnavatele ^{b)} :

Údaje o zaměstnavateli, který záznam o úrazu odeslal:

Název zaměstnavatele: Univerzita Karlova	IČO: 216208
	Adresa: Ovocný trh 560/5 116 36 Praha 1

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 a podpis
Zástupce zaměstnanců pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci	
	Datum, jméno a podpis
Za odborovou organizaci	
	Datum, jméno a podpis
Za zaměstnavatele	
	Datum, jméno a podpis
	Pracovní zařazení:

a) Vyplní orgán inspekce práce.

b) Vyplní zaměstnavatel.