##### Oznámenie vo veci pracovného úrazu

Zamestnanec : ..........................................................................................................

Meno, priezvisko, titul: ..........................................................................................................

Dátum narodenia: ..........................................................................................................

Pracovná činnosť: ..........................................................................................................

Pracovný úraz utrpel dňa: ..........................................................................................................

Poškodená časť tela, druh zranenia alebo poškodenia:

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................

V zmysle § 17 ods. 10 zákona č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov oznamujeme, že:

* ide o závažný pracovný úraz \*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| V zmysle § 3 zákona NR SR č. 124/2006 Z. z. (vhodné zakrúžkujte) | | | |
| **Ide o**  **ťažkú ujmu**  **na zdraví** | Zmrzačenie | **áno** | **nie** |
| Strata alebo podstatné zníženie pracovnej spôsobilosti | **áno** | **nie** |
| Ochromenie údu | **áno** | **nie** |
| Strata alebo podstatné oslabenie funkcie zmyslového ústrojenstva | **áno** | **nie** |
| Poškodenie dôležitého orgánu | **áno** | **nie** |
| Zohyzdenie | **áno** | **nie** |
| Vyvolanie potratu alebo usmrtenie plodu | **áno** | **nie** |
| Mučivé útrapy | **áno** | **nie** |

* nejde o závažný pracovný úraz \*

V....................................... dňa.......................

........................................................................

(pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára)

\* nehodiace sa škrtnite