Příloha č. 2 k nařízení vlády č. 201/2010 Sb.

VZOR
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 a o úrazu:

Jméno:	**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:

Úrazem postižený zaměstnanec	_____ datum, jméno a podpis

Za zaměstnavatele	_____ datum, jméno a podpis pracovní zařazení:

[a] Vyplní orgán inspekce práce, popřípadě orgán báňské správy
[b] Vyplní zaměstnavatel