

PROSIMO, da izpolnjeni obrazec pošljete na e-naslov: daria.pospeh@sinet.si in info@sb-trbovlje.si.

Priimek in ime:				
EMŠO:				
Naslov prebivališča:				
Občina prebivališča:				
Spol:	M	Ž	Obkroži ustrezno.	
Državljanstvo:				
Vrsta zaposlitve:	- določen čas	- nedoločen čas	- avtorska ali podjemna pogodba	- napotnica študentskega servisa
Obkroži ustrezno.	- pogodba o občasnem ali začasnem delu	- učna pogodba	- druga pravna podlaga	
Zaposlitveni status:	- oseba v delovnem razmerju pri delodajalcu	- oseba napotena na delo k delodajalcu-uporabniku	- samostojni podjetnik in samozaposlena oseba, ki ima zaposlene delavce	- delavec na usposabljanju
Obkroži ustrezno.	- dijak, študent	- vajenec		
Poklic, ki ga opravlja:				
Delovni čas:	- polni delovni čas		- skrajšan delovni čas	
Koliko ur je delal ta dan pred nezgodo:				
Skupno št. poškodovanih:				
Datum nezgode:				
Ura nezgode:				
Kje se je pripetila nezgoda?	- na običajnem delovnem mestu	- na začasnem delovnem mestu	- na napotenem delovnem mestu v tujini	- na službeni poti
Obkroži ustrezno.	- na poti na ali z dela (prevoz, ki ga organizira delodajalec in v drugih zakonsko določenih primerih (zdravstveno varstvo, policija,...))		- pri delu na domu	
			drugo (vpiši): _____	
Kraj nezgode:	(ulica, hišna številka, poštna številka, kraj ali cestni odsek, država):			
Prometna nezgoda:	- DA	- NE	Obkroži ustrezno.	
Delavec je v bolniškem staležu	- DA	- NE	Obkroži ustrezno.	
TOČEN OPIS NEZGODE (vzrok, način, kraj nezgode, poškodovani del telesa):				
Osebe, prisotne na kraju nezgode:	- nujna medicinska pomoč	- policija	- inšpektor	- strokovni delavec za varnost pri delu
Obkroži ustrezno.	- nihče	Priče, očitvidci, itd. (vpiši osebe):		

Kraj in datum: _____ Interno prijavo nezgode izpolnil: ime in priimek in **podpis:** _____

RAZISKAVA NEZGODE - POŠKODBE PRI DELU

1. IZJAVA POŠKODOVANCA	
Opis dogodka:	
Uporabljal sem osebno varovalno opremo (naštej):	
Podpis:	
2. IZJAVA PRIČE	
Ime in priimek:	
Delovno mesto:	
Opis dogodka:	
Podpis:	Datum:
3. IZJAVA NEPOSREDNEGA VODJE	
Ime in priimek:	
Opis dogodka:	
Katero osebno varovalno opremo je delavec uporabljal?	
Podpis:	Datum:
4. MNENJE STROKOVNEGA DELAVCA ZA VZD:	
Ime in priimek:	
Podpis:	Datum: