

Osnovna zajednica (opština)

1	2
3	4
5	7

Prijava o nesreći na poslu

I PODACI O OBVEZNIKU PODNOŠENJA PRIJAVE

Red. broj	PITANJE	ODGOVOR popunjava podnosilac prijave	Popunjava obrađivač
1.	Potpun naziv organizacije — ime i prezime poslodavca		
2.	Djelatnost organizacije — poslodavca i šifra		8 13
3.	Puna adresa (mjesto, ulica i broj, opština, republika — pokrajina)		14 17

II PODACI O NESREĆI NA POSLU

4.	Kad se nesreća dogodila	dan, mjesec i godina		18 23
5.		dan u sedmici		24
6.		doba dana (0 do 24 sata)		25 26
7.	Gdje se nesreća dogodila	na radnom mjestu		27
8.		na redovnom putu od stana do mjesta rada		28
9.		na redovnom putu od mjesta rada do stana		29
10.		na službenom putu		30
11.		drugo		31 32
12.	Da li je bilo lica koja su poginula na mjestu nesreće odnosno umrla na putu do zdrav. organizacije i koliko			33 35
13.	Koliko je lica ukupno povrijeđeno u nesreći (zajedno s poginulim) na mjestu odnosno umrlima na putu do zdravstvene organizacije			36 38
14.	Da li se slična nesreća ranije desila na istom mjestu i na istom poslu (da - ne) i kada (datum)			39
15.	Izvor povrede			40 42

36.	Način sticanja stručnog obrazovanja		<input type="checkbox"/>	96
37.	Stručna sprema za rad na radnom mjestu		<input type="checkbox"/>	97 98
38.	Radno vrijeme radnika u satima (dnevni prosjek)		<input type="checkbox"/>	99 100
39.	Radni staž do stupanja u organizaciju — kod poslodavca		<input type="checkbox"/>	101 102
40.	Da li je radnik obučavan iz materije o zaštiti na radu		<input type="checkbox"/>	103
41.	Posao koji je radio u trenutku kada se desila nesreća		<input type="checkbox"/>	104 107
42.	Koliko je povrijeđeni radio posao na kojem je povrijeđen (u toku svog radnog staža)		<input type="checkbox"/>	108 113
43.	Koliko je sati radio tog radnog dana prije nesreće		<input type="checkbox"/>	114 115
44.	Da li je povrijeđen za vrijeme redovnog, prekovremenog ili vanrednog rada		<input type="checkbox"/>	116
45.	Da li je ranije pretrpio nesreću na poslu, koliko puta i kada		<input type="checkbox"/>	117 118
46.	Povrijeđeni dio tijela		<input type="checkbox"/>	119 120
47.	Da li je povreda smrtonosna (na mjestu nesreće odnosno na putu do zdrav. organiz.)		<input type="checkbox"/>	121
48.	Osnov osiguranja		<input type="checkbox"/>	122
49.	Članovi porodice koje izdržava		<input type="checkbox"/>	123

IV PODACI O NEPOSREDNOM RUKOVODIOCU

50.	Ime i prezime	
51.	Puna adresa	

V PODACI O OČEVICU

52.	Ime i prezime	
53.	Puna adresa	

Datum podnošenja prijave:	Uviđaj izvršili (ime, prezime i potpis)	Odgovorni rukovodilac
..... 19	1.	
(dan, mjesec, godina)	2.	
Redni broj evidencije podnosioca prijave	3.	Ime i prezime i potpis M. P.

