

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum primitka



Lokacija:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Redni broj slučaja

Pečat i potpis ovlaštenog radnika HZZO-a

PRIJAVA O PROFESIONALNOJ BOLESTI

A) PODACI O POSLODAVCU

Ispunjava POSLODAVAC

01. Naziv:	.....
02. Adresa (sjedište):	.....
03. E-mail:	.....
04. OIB:	.....
05. Broj obveze obveznika uplate: /
06. Glavna gospodarska djelatnost (naziv i šifra prema razredu) - sukladno važećoj NKD klasifikaciji:	.....
07. Broj zaposlenih :	.....

B) PODACI O OBOLJELOJ OSOBI

08. Ime, ime roditelja, prezime:	.....
09. Datum rođenja (DD/MM/GGGG):	.....
10. Adresa stanovanja:	Ulica
	Kućni broj
	Mjesto
	Poštanski broj
	Telefon: E-mail:
11. OIB:	.....
12. Matični broj osigurane osobe:	.....
13. Spol : 1 - muški; 2 - ženski; 9 - nema podataka	.....
14. Državljanstvo: 0 - nepoznato; 1 - hrvatsko; 2 - ostalo iz EU (upisati); 3 - ostalo izvan EU (upisati.....)	.....
15. Osnova osiguranja: 000-nepoznato; 100-samozaposleni; 300-zaposlenik; 400-obiteljski radnik; 500-naučnik/vježbenik, 600-umirovljenik; 900-ostalo	.....
16. Posao koji sada obavlja u redovitom radu (naziv i šifra prema skupini) - sukladno NKZ - 10 klasifikaciji:	.....
17. Koliko dugo obavlja sadašnji posao (GG):	.....
18. Posao koji je obavljala ranije, a za koji se pretpostavlja da je izazvao profesionalnu bolest	sukladno NKZ - 10 klasifikaciji: razdoblje u kojem je obavljala taj posao (godine od - do):
19. Jesu li obavljani zdravstveni pregledi prema Pravilniku o poslovima s posebnim uvjetima rada: 0 - ne, 1 - 56 da (točke popisa Pravilnika o poslovima s posebnim uvjetima rada)	.....
20. Jesu li obavljani zdravstveni pregledi prema drugim propisima iz čl.2 Pravilnika o poslovima na kojima radnik može raditi samo nakon prethodnog i redovnog utvrđivanja zdravstvene sposobnosti? 1 - da, 2 - ne (Ako da, navesti koji)	.....
21. Je li radnik osposobljen za rad na siguran način? 1 - da, 2 - ne	.....
22. Jesu li korištena osobna zaštitna sredstva? 1 - da, 2 - ne	.....
23. Jesu li primijenjena osnovna pravila zaštite na radu? 1 - da, 2 - ne	.....
24. Jesu li primijenjena posebna pravila zaštite na radu? 1 - da, 2 - ne	.....

