

Dokumento pavadinimas

Nelaimingo atsitikimo darbe aktas (forma N-1)

Akto registracijos Nr.: _____ Data: _____ Vieta: _____

1. Darbdavio informacija

Darbdavio pavadinimas: _____

Teisinė forma: _____ Įmonės kodas: _____ PVM mokėtojo kodas: _____

Registracijos adresas: _____ Telefonas: _____ El. paštas: _____

2. Komisijos sudėtis

Komisijos sudarymo įsakymo Nr.: _____ Data: _____

Komisijos pirmininkas: _____ Pareigos: _____ Telefonas: _____

Komisijos narys: _____ Pareigos: _____

Komisijos narys: _____ Pareigos: _____

3. Nukentėjusiojo duomenys

Vardas, pavardė: _____

Asmens kodas / gimimo data: _____ Lytis: _____

Pareigos: _____ Padalinys / skyrius: _____ Darbo stažas įmonėje: _____

Darbo sutarties Nr.: _____ Sutarties data: _____

Kontaktinis telefonas: _____ El. paštas: _____

4. Įvykio aplinkybės

Data: _____ Laikas: _____ Vieta: _____

Darbo pobūdis: _____ Naudota įranga / priemonės: _____

Išsamus įvykio aprašymas:

Sužalojimai / materialinė žala: _____

5. Įvykio priežastys

Pagrindinė priežastis: _____

Netiesioginės priežastys: _____

Pažeistos saugos taisyklės ar teisės aktai: _____

6. Liudytojai

Liudytojas 1: _____ Pareigos: _____ Kontaktai: _____

Liudytojas 2: _____ Pareigos: _____ Kontaktai: _____

7. Pirmoji pagalba ir gydymas

Pirmosios pagalbos teikėjas: _____ Pareigos / kvalifikacija: _____

Suteiktos pagalbos pobūdis: _____

Gydymo įstaiga: _____ Išvykimo laikas: _____ Greitosios pagalbos brigados Nr.: _____

8. Darbo vietos apžiūra

Apžiūros data: _____ Laikas: _____

Aplinkos būklė (švara, apšvietimas, triukšmas, temperatūra): _____

Įranga ir apsaugos priemonės: _____

9. Fotofiksacija ir dokumentai

Nuotraukų / schemų skaičius: _____ Saugojimo vieta: _____

Kiti pridedami dokumentai: _____

10. Komisijos išvados

Nelaimingo atsitikimo klasifikacija: _____

Atsakingi asmenys: _____

Darbuotojo kaltės laipsnis: _____

Draudimo ir kompensacijų taikymas: _____

11. Prevencinės priemonės

Techninės priemonės: _____

Organizacinės priemonės: _____

Įgyvendinimo terminas: _____ Atsakingas asmuo: _____

12. Pasirašymai

Komisijos pirmininkas (parašas): _____ Vardas, pavardė: _____

Data: _____

Komisijos narys (parašas): _____ Vardas, pavardė: _____ Data: _____

Komisijos narys (parašas): _____ Vardas, pavardė: _____ Data: _____

13. Darbdavio atstovo patvirtinimas

Darbdavio vadovas / įgaliotas asmuo (parašas): _____ Vardas, pavardė: _____

_____ Pareigos: _____ Data: _____

14. Darbuotojų atstovo patvirtinimas

Atstovas (parašas): _____ Vardas, pavardė: _____ Organizacija: _____

_____ Data: _____

15. Informacija valstybinėms institucijoms

Akto kopija Valstybinei darbo inspekcijai: _____ Data: _____

Akto kopija Socialinio draudimo fondo valdybai: _____ Data: _____

16. Priedai

Priedas Nr. 1: _____

Priedas Nr. 2: _____

Priedas Nr. 3: _____

Pastaba

Aktas sudarytas trimis egzemplioriais: darbdaviui, Valstybinei darbo inspekcijai ir nukentėjusiajam (ar jo atstovui).