



Соглашение сотрудника сферы питания об информировании о своем состоянии здоровья

ЦЕЛЬ НАСТОЯЩЕГО СОГЛАШЕНИЯ – СООБЩИТЬ РАБОТНИКАМ СФЕРЫ ПИТАНИЯ ОБ ИХ ОБЯЗАННОСТИ ИНФОРМИРОВАТЬ ОТВЕТСТВЕННЫХ ЛИЦ В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ У НИХ НАБЛЮДАЕТСЯ ОДНО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ, ЧТОБЫ ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЛИЦА МОГЛИ ПРИНЯТЬ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ МЕРЫ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПИЩЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Я СОГЛАСЕН ИНФОРМИРОВАТЬ ОТВЕТСТВЕННОЕ ЛИЦО:

О любых проявлениях следующих симптомов, как на работе так и вне рабочего места, включая дату проявления:

1. Диарея
2. Рвота
3. Желтуха
4. Боль в горле и жар
5. Инфицированные порезы или раны, поражения с гноем на руке, запястье, открытой части тела и других частях тела, а также порезы, раны или поражения, которые не были должным образом прикрыты (такие как нарыва и инфицированные раны, даже небольшие).

Будущие медицинские диагнозы: При постановке диагноза норовирус, брюшной тиф (сальмонелла брюшного типа), шигеллез (бактерии Шигеллы) кишечная палочка O157:H7 или другая инфекция, вызванная энтерогеморрагической кишечной палочкой, нетифозная сальмонелла или гепатит А (вирусная инфекция гепатита А)

Будущие контакты с пищевыми патогенами:

1. Контакт или подозрение на воздействие подтвержденной вспышки норовируса, брюшного тифа, шигеллеза, кишечной палочки O157:H7, других инфекций, вызванных энтерогеморрагической кишечной палочкой, или гепатита А.
2. Член домохозяйства, которому был поставлен диагноз норовирус, брюшной тиф, шигеллез, инфекция, вызванная энтерогеморрагической кишечной палочкой, или гепатит А.
3. Член домохозяйства, посещающий или работающий в заведении, в котором возникла подтвержденная вспышка норовируса, брюшного тифа, шигеллеза, кишечной палочки O157:H7, других инфекций, вызванных энтерогеморрагической кишечной палочкой, или гепатита А.

Я прочел(а) (или мне объяснили) и понял(а) требования относительно моих обязательств в соответствии с **Кодексом продуктов питания**, а также данным соглашением:

1. Требования по информированию о возникновении указанных выше симптомов, диагнозах и контактах
2. Действующие в отношении меня ограничения и недопуски к работе
3. Правила соблюдения гигиены

Я ПОНИМАЮ, ЧТО НЕСОБЛЮДЕНИЕ УСЛОВИЙ НАСТОЯЩЕГО СОГЛАШЕНИЯ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ДЕЙСТВИЯМ СО СТОРОНЫ ПРЕДПРИЯТИЯ СФЕРЫ ПИТАНИЯ ИЛИ ОРГАНА, РЕГУЛИРУЮЩЕГО СФЕРУ ПИТАНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ ПОСТАВИТЬ ПОД УГРОЗУ МОЕ ТРУДОУСТРОЙСТВО И ПОВЛЕЧЬ ЗА СОБОЙ СУДЕБНЫЕ ИСКИ ПРОТИВ МЕНЯ.

Имя работника сферы питания (прописью) _____

Подпись работника сферы питания _____ Дата _____

Подпись получателя разрешения или представителя _____ Дата _____