

Форма 1-В - Описание: Данная форма озаглавлена: «Соглашение об оповещениях со стороны сотрудников, занятых в сфере питания, включая условно принятых на работу». Данная форма является соглашением между сотрудником, занятым в сфере питания, включая условно принятых на работу, и ответственным лицом, за подписью обеих сторон. Соглашение служит для информирования сотрудников, занятых в сфере питания, включая условно принятых на работу, об их обязанности оповещать ответственное лицо в случаях, если у сотрудника проявляются симптомы состояний, перечисленных в форме, в результате чего ответственное лицо может принять необходимые меры по нераспространению заболеваний, вызванных пищевыми продуктами.

ФОРМА
1-В

Соглашение об оповещениях со стороны сотрудников, занятых в сфере питания, включая условно принятых на работу

Предотвращение распространения заболеваний через пищу сотрудниками, занятыми в сфере питания, включая условно принятых на работу, в особенности заболеваний, вызванных норовирусом, брюшнотифозной палочкой, *Shigella spp.*, энтерогемотоксической или шиготоксинной палочкой *Escherichia coli* (STEC), а также вирусом гепатита А.

Соглашение служит для информирования сотрудников, занятых в сфере питания, включая условно принятых на работу, об их обязанности оповещать ответственного лица в случаях, если у сотрудника проявляются симптомы состояний, перечисленных в форме, в результате чего ответственный лицо может принять необходимые меры по нераспространению заболеваний, вызванных пищевыми продуктами.

Я ОБЯЗУЮСЬ ДОКЛАДЫВАТЬ ОТВЕТСТВЕННОМУ ЛИЦУ О СЛЕДУЮЩЕМ:

О появлении следующих симптомов, включая дату их появления, проявятся ли они на работе или вне ее:

1. Понос
2. Рвота
3. Желтуха
4. Боли в горле с высокой температурой
5. Воспаленные порезы или раны, либо гноящиеся повреждения кожи на кисти руки, запястье, открытом участке тела, либо на другом участке тела, а также порезы, раны или повреждения, не прикрытые надлежащим образом (*например, волдыри и воспаленные ранки, даже небольшие*)

Последующий врачебный диагноз:

При диагностировании заболевания, вызванного норовирусом, брюшного тифа (брюшнотифозной палочки), бактериальной дизентерии (вызванной *Shigella spp.*), кишечной палочки *Escherichia coli* O157:H7 или иной инфекции, вызванной палочками ЕНЕС/STEC, либо гепатита А (вирусного инфекционного гепатита А)

Последующий контакт с болезнетворными микроорганизмами, передающимися

через пищу:

1. Контакт с носителями или подозрение на то, что данный сотрудник явился причиной любой подтвержденной вспышки заболевания, вызванного норовирусом, брюшного тифа, бактериальной дизентерии, кишечной палочки *E. coli* O157:H7 или иной инфекции, вызванной палочками ЕНЕС/STEC, либо гепатита А.
2. Член семьи, диагностированный с заболеванием, вызванным норовирусом, брюшным тифом, бактериальной дизентерией; заболеванием, вызванным палочками ЕНЕС/STEC, либо гепатитом А.
3. Член семьи, посещающий места (в том числе по работе), где зарегистрирована подтвержденная вспышка заболевания, вызванного норовирусом, брюшного тифа, бактериальной дизентерии; заболевания, вызванного палочками *E. coli* O157:H7 или прочими ЕНЕС/STEC, либо гепатита А.

Я прочитал (либо содержание было мне разъяснено) и понимаю требования, касающиеся моей ответственности в соответствии с **Пищевым кодексом** и данным соглашением относительно необходимости:

1. Строго выполнять требования о необходимости докладывать о симптомах, диагнозах и контактах, описанных выше;

2. Подчиняться ограничениям и запретам, наложенным на меня в связи с выполнением моих служебных обязанностей, и
3. Выполнять правила гигиены.

Я понимаю, что несоблюдение условий данного соглашения может привести к действиям со стороны руководящих и регуляторных органов, ответственных за вопросы питания, что может представлять для меня угрозу увольнения, а также может служить поводом к подаче против меня судебного иска.

Имя сотрудника, принятого на работу условно (печатными буквами) _____

Подпись сотрудника, принятого на работу условно

Дата _____

Имя сотрудника, занятого в сфере питания (печатными буквами)

Подпись сотрудника, занятого в сфере питания

Дата _____

Подпись владельца разрешения или его представителя _____

Дата _____