Mẫu #2 THỎA THUẬN BÁO CÁO BỆNH CỦA NHÂN VIÊN

Quý vị đóng một vai trò quan trọng trong việc cung cấp thực phẩm an toàn cho cộng đồng chung. Là người xử lý thực phẩm, quý vị có trách nhiệm báo cáo những bệnh và triệu chứng được liệt kê dưới đây.

Tôi đồng ý báo cáo cho người có trách nhiệm những triệu chứng sau đây của bệnh do thực phẩm:

1. Nôn
2. Tiêu chảy
3. Vàng da – vàng da hoặc mắt
4. Đau họng kèm theo sốt
5. Vết thương bị nhiễm trùng

Tôi đồng ý báo cáo cho người có trách nhiệm nếu bác sĩ nói rằng tôi bị nhiễm những vi rút sau:

1. E.coli
2. Salmonella
3. Shigella
4. Viêm gan A
5. Norovirus

Tôi đồng ý báo cáo cho người có trách nhiệm nếu tôi bị phơi nhiễm với bệnh do thực phẩm theo những cách sau:

1. Tôi bị phơi nhiễm trong một trận dịch bệnh do thực phẩm;
2. Có người sống trong nhà của tôi được chẩn đoán bị bệnh do thực phẩm;
3. Có người sống trong nhà của tôi tham dự một sự kiện hoặc làm việc trong môi trường có trận dịch bệnh do thực phẩm.

Xác nhận của Nhân viên

Tôi hiểu rằng nếu tôi không thực hiện đúng các điều khoản của thỏa thuận này, thì cơ quan quản lý thực phẩm hoặc Sở Y tế Quận Fairfax (Fairfax County Health Department) có thể có hành động gây ảnh hưởng đến việc làm của tôi.

Tên Nhân viên (vui lòng viết bằng chữ in) _____

Chữ ký của Nhân viên _____ Ngày _____

Chữ ký của Người có Trách nhiệm _____ Ngày _____

Fairfax County Health Department
Division of Environmental Health
Food Safety Section
10777 Main Street, Suite 111, Fairfax, VA 22030
Phone: 703-246-2444 TTY: 711 Fax: 703-385-9568
www.fairfaxcounty.gov/hd