نموذج 2 اتفاقية إبلاغ الموظف عن المرض

تلعب دورًا هامًا في توفير طعام آمن للجمهور. نظرًا لعملك في مجال الأطعمة، تقع على مسؤولية الإبلاغ عن الأعراض والحالات المذكورة أدناه.

أوافق على إبلاغ الشخص المسؤول عن أعراض الأمراض الناتجة عن الطعام التالية:

1. القيء
2. الإسهال
3. اليرقان – لون جلد أو عين أصفر
4. التهاب الحلق تصاحبه حمى
5. جروح معدية

أوافق على إبلاغ الشخص المسؤول في حالة قرر الطبيب إصابتي بأحد الأمراض المعدية التالية:

1. الإيكولي
2. السلمونيلا
3. شيغلا
4. الكبد الوبائي أ
5. نوروفيروس

أوافق على إبلاغ الشخص المسؤول في حالة التعرض لمرض ناتج عن الطعام بالطرق التالية:

1. التعرض لانتشار مرض ناتج عن الطعام مؤكد؛
2. إصابة شخص في منزلي بمرض ناتج عن الطعام؛
3. ذهاب أحد أفراد أسرتي أو عمله في مكان انتشر به مرض ناتج عن الطعام.

إقرار الموظف

أقر أنه في حالة عدم الوفاء ببنود هذه الاتفاقية، من الممكن أن تتخذ مؤسسة الغذاء أو وزارة الصحة بمقاطعة فيرفاكس (Fairfax County Health Department) قرارًا قد يؤثر على توظيفي.

اسم الموظف_____

توقيع الموظف _____ التاريخ_____

توقيع الشخص المسؤول _____ التاريخ_____

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