County of Fairfax, Virginia

To protect and enrich the quality of life for the people, neighborhoods and diverse communities of Fairfax County

فرم #2 موافقت نامه گزارش دادن بیماری کارکنان

شما نقش مهمی در تامین مواد غذایی سالم و مطمئن به مردم دارید. بعنوان شخصی که با مواد غذایی سر و کار دارد، موظف هستید که علامت ها و بیماری های زیر را گزارش کنید.

من موافقت می کنم که علامت های زیر مربوط به بیماری های ناشی از مواد غذایی را به شخص مسئول گزارش کنم:

1. استفراغ
2. اسهال
3. یرقان – زرد شدن پوست یا رنگ چشم
4. گلودرد همراه با تب
5. زخم های عفونی

من موافقت می کنم که در صورت تشخیص ابتلا به هر یک از بیماری های زیر توسط پزشک موضوع را به شخص مسئول گزارش کنم:

1. ای کولای
2. سالمونلا
3. شیگلا
4. هپاتیت A
5. نورو ویروس

من موافقت می کنم که در صورت قرار گرفتن در معرض بیماری ناشی از مواد غذایی به شیوه های زیر موضوع را به شخص مسئول گزارش کنم:

1. من در معرض یک مورد شیوع تایید شده بیماری ناشی از مواد غذایی بوده ام؛
2. یک بیماری ناشی از مواد غذایی در یک نفر که در خانه من زندگی می کند تشخیص داده شده است؛
3. یک نفر که در خانه من زندگی می کند در برنامه ای شرکت کرده یا در مکانی کار می کند که یک مورد شیوع تایید شده بیماری ناشی از مواد غذایی در آنجا رخ داده است.

گواهی کارمندان

من می دانم که در صورت عدم رعایت شرایط این موافقت نامه، امکان دارد رستوران یا موسسه غذایی یا اداره بهداشت کانتی فیرفکس (Fairfax County Health Department) اقداماتی را انجام دهند که می تواند بر وضعیت اشتغال من تاثیرگذار باشد.

نام کارمند (لطفاً با حروف درشت و واضح بنویسید) _____

امضای کارمند _____ تاریخ _____

امضای شخص مسئول _____ تاریخ _____

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