

GIDA ÜRETİMİNDE ÇALIŞAN PERSONEL HASTALIK BİLDİRİM ANLAŞMASI
FOOD HANDLING STAFF AGREEMENT TO REPORT ILLNES

Departman Müdürüme / Sorumlusuna, aşağıdaki koşullardan herhangi birisinin gerçekleşmesi durumunda, vakit kaybetmeden durumumu rapor edeceğimi kabul ediyorum.

1- Aşağıdaki rahatsızlık belirtilerinden herhangi birisi;

Kusma

İshal

İltihaplı cilt problemleri (Büller (su keseleri), küçük olsa bile iltihaplı yaralar)

Kulaktan, gözden, burundan ve diğer bölgelerden akıntılar

2- Tatil/izin sırasında yukarıda bahsedilen rahatsızlık belirtilerinden herhangi biri

3- Aile bireylerinden herhangi birisinde ishal ve/veya kusma (ben çalışırken veya tatil/izin sırasında)

Yukarıda yazılanları okudum (veya bana net bir şekilde açıklandı) ve şirketin personel hijyeni ile ilgili kurallarını kabul ediyorum.

Çalışan Ad, Soyad:

Çalışan imza:

İşletme:

Tarih:

Bu form 2 nüsha olarak düzenlecek, bir nüshası çalışanda kalacaktır.