

VSTOPANJE V PROSTORE PROIZVODNJA IN ANALITSKI LABORATORIJI PRILOGA 4: Soglasje osebe k obveznosti prijavljanja bolezni, ki se lahko prenašajo z delom	Pharma  Hemp®
	Šifra: OBR1-SOP-GEN-001
	Verzija: 08

SOGLASJE OSEBE K OBVEZNOSTI PRIJAVLJANJA BOLEZNI, KI SE LAHKO PRENAŠAJO Z DELOM

ZAPOSLEN	(ime in priimek) (velja tudi za zunanje ponudnike)
NASLOV PREBIVALIŠČA	
DELOVNO MESTO	
ORGANIZACIJSKA ENOTA	

Podpisani _____ soglašam, da bom takoj obvestil/a nosilca živilske dejavnosti ter, če bo potrebno, opravil/a zdravstvene preglede in/ali prenehal/a delo ob teh zdravstvenih težavah:

1. V vsakem primeru:

- bruhanja;
- driske;
- gnojnih sprememb na koži (ognojki, gnojne rane, turi, itd);
- izcedka iz ušes, nosu.

2. Vsakokrat po preboleli nalezljivi bolezni, pred vrnitvijo na delo.

3. V primeru pojava driske in/ali bruhanja v družini.

4. Po vrnitvi na delo, po daljši odsotnosti, če sem v tem času prebolel drisko ali sem bruhal ali je kdorkoli iz skupine ljudi, s katerimi sem bil v stiku, prebolel drisko ali je bruhal.

Neupoštevanje zgornje navedbe se smatra kot hujša kršitev delovne discipline. Odgovorna nadrejena oseba vodja bo odredil/a, ali bo zaposleni dobil odgovarjajočo zaščito (masko, rokavice) in opravljal druga dela in naloge izven področja živil ali pa bo oproščen delovne obveznosti.

V primeru neizpolnjevanja svojih obveznosti glede zdravstvenega stanja in neizpolnjevanja HACCP zahtev bom sprejel tako disciplinske kot finančne ukrepe delodajalca.

Podpis ZAPOSLENEGA: _____

Datum: _____

Arhiv: MAN/ADM