

Tên Cơ Sở

Chính Sách Sức Khỏe Nhân Viên

Tên Cơ Sở: _____

Địa Chỉ Cơ Sở: _____

Mục đích của thỏa thuận này là để thông báo cho nhân viên có điều kiện và nhân viên hiện tại của cơ sở thực phẩm này về trách nhiệm thông báo cho người phụ trách (PIC) khi họ gặp bất kỳ điều kiện sức khỏe nào được liệt kê để PIC có thể thực hiện các bước thích hợp để ngăn ngừa lây lan bệnh lây truyền qua thực phẩm.

Tôi đồng ý báo cáo những triệu chứng này cho dù những triệu chứng này xuất hiện tại nơi làm việc **hay** bên ngoài nơi làm việc:

- 1) Tiêu chảy;
- 2) Nôn mửa;
- 3) Vàng da;
- 4) Đau họng kèm sốt; và/hoặc,
- 5) Vết cắt, vết thương hoặc tổn thương có chứa mủ bị nhiễm trùng trên các bộ phận không được che chắn của cơ thể (ví dụ: bàn tay, cổ tay, v.v.)

Tôi hiểu rằng nếu tôi bị tiêu chảy và nôn mửa, tôi sẽ không thể trở lại làm việc trong ít nhất **24 giờ sau khi các triệu chứng đã chấm dứt.**

Tôi đồng ý báo cáo nếu tôi được chẩn đoán là bị bệnh Norovirus, Salmonella typhii (sốt thương hàn), bất kỳ loài Shigella nào, E. coli O157: H7, E. coli sản sinh độc tố Enterohemorrhagic hoặc Chiga khác, virus viêm gan A, bất kỳ bệnh truyền nhiễm nào khác được coi là có thể báo cáo theo yêu cầu trong Luật Sửa Đổi Nevada (NRS) 441A.

Tôi đồng ý tuân thủ tất cả các yêu cầu về sức khỏe, hạn chế, loại trừ và báo cáo của nhân viên theo yêu cầu trong phần 030.020 của Quy Định của Hội Đồng Y Tế Quận Washoe về Quản Lý Cơ Sở Thực Phẩm.

Tên Viết Tắt của Nhân Viên Thực Phẩm Hiện Tại/Có Điều Kiện: _____

Chữ Ký Tắt của Nhân Viên Thực Phẩm Hiện Tại/Có Điều Kiện: _____ Ngày: _____

Tên Người Đại Diện Cơ Sở Thực Phẩm: _____

Chữ Ký của Đại Diện Cơ Sở Thực Phẩm: _____ Ngày: _____