Trabalhador Condicional ou Funcionário de Alimentos

Acordo de Relatórios

Impedindo que os funcionários infectados espalhem essas doenças através de alimentos: Norovírus, *Salmonela* typhi, Salmonella não-tifidal *Salmonella* spp., enterohemorrhagic *E. coli* (EHEC), Shiga toxina-produtora *E. coli* (STEC) ou vírus hepatite A.

Este acordo diz que os trabalhadores condicionais e funcionários doentes que lidam com alimentos, devem informar a pessoa responsável quando tiverem alguma das condições listadas para que o responsável possa tomar medidas para evitar que a doença se espalhe através dos alimentos.

Trabalhadores condicionados são pessoas a quem são oferecidos trabalhos de alimentação com a condição de responder a perguntas ou fazer um exame médico para descobrir se podem ter uma doença que pode ser espalhada através dos alimentos.

Eu concordo em reportar para a pessoa responsável:

1. **Qualquer início desses sintomas no trabalho ou fora do trabalho, com a data de início dos sintomas:**
   - Diarreia
   - Vômitos
   - Icterícia (pele amarela ou branco nos olhos)
   - Dor de garganta com febre
   - Corte infetado, ferida ou lesão com pus (como uma fervura) não devidamente coberto na mão, pulso ou outra parte do corpo, não importa o quão pequeno

2. **Qualquer diagnóstico médico de:**
   - Norovírus
   - Febre tifoide (infeção por *salmonela* typhi)
   - Salmonelose (infeção *por Salmonella* não tifoidal)
   - Shigelose (infeção por *Shigella)*
   - Infeção por Escherichia Coli
   - Infeção por vírus hepatite A

próxima página »»

3. **Qualquer exposição a patógenos transmitidos** por alimentos:
   - Exposição ou suspeita de causar qualquer eclosão confirmada de doença por norovírus, febre tifoide, salmonelose, shigelose, infeção por *E. coli* ou hepatite A.
   - Um membro da casa diagnosticado com uma doença listada acima.
   - Um membro doméstico que frequenta ou trabalha em um ambiente que está experimentando um surto confirmado de uma doença listada acima.

Eu li, ou me explicaram, e entendo que nos termos do Código Alimentar de Rhode Island e neste acordo devo:

- Relatar sintomas específicos, diagnósticos e exposição conforme o acordado
- Obedecer as restrições de trabalho ou exclusões quando me forem dados
- Praticar uma boa higiene

Entendo que se eu não cumprir este acordo eu posso perder meu emprego, ter medidas legais tomadas contra mim, ou ambos.

Nome do funcionário (por favor, imprima) ☐	
Assinatura do funcionário ☐	**Data**
Titular ou assinatura do representante ☐	**Data**