

Accordo di denuncia da parte del personale addetto agli alimenti

Per evitare la trasmissione di malattie attraverso il cibo da parte di personale infetto

Lo scopo di questo accordo consiste nell'assicurare che i dipendenti addetti agli alimenti e i candidati che abbiano ricevuto un'offerta di lavoro condizionata avvisino il responsabile qualora riscontrino una qualsiasi delle condizioni qui elencate, in modo che questi possa intraprendere le azioni appropriate per impedire la trasmissione di malattie di origine alimentare.

ACCETTO DI COMUNICARE AL RESPONSABILE:

SINTOMI

1. Diarrea
2. Febbre
3. Vomito
4. Itterizia
5. Mal di gola con febbre
6. Lesioni con presenza di pus su mani, polsi o su una qualsiasi parte scoperta del corpo
(ad esempio, foruncoli e ferite infettate, anche se piccole)

DIAGNOSI MEDICA

Ogni volta in cui la diagnosi di malattia risulti essere *Salmonella typhi* (febbre tifoide), *Shigella spp.* (shigellosi), *Escherichia coli* O157:H7, virus dell'epatite A, *Entamoeba histolytica*, *Campylobacter spp.*, *Vibrio cholera spp.*, *Cryptosporidium parvum*, *Giardia lamblia*, sindrome emolitico-uremica, *Salmonella spp.* (non tifoide), *Yersinia enterocolitica* o *Cyclospora cayetanensis*.

DIAGNOSI MEDICHE PRECEDENTI

Le sono mai state diagnosticate malattie comprese tra quelle elencate sopra? _____
In caso affermativo, qual è la data della diagnosi? _____

CONDIZIONI DI ALTO RISCHIO

1. Esposizione a (o sospetto di aver provocato) qualsiasi focolaio epidemico confermato di febbre tifoide, shigellosi, infezione *E. coli* O157:H7 o epatite A
2. Membro della famiglia diagnosticato con febbre tifoide, shigellosi, malattia dovuta a *E. coli* O157:H7 o epatite A
3. Membro della famiglia che sia stato presente oppure al lavoro in una situazione in cui si è verificato un focolaio epidemico confermato di febbre tifoide, shigellosi, infezione *E. coli* O157:H7 o epatite A

Ho letto (oppure mi è stato spiegato) e compreso le mie responsabilità, in base alla norma **105 CMR 590/1999 Food Code** e al presente accordo, riguardo all'obbligo di comunicare, come specificato sopra, eventuali sintomi, diagnosi e condizioni di alto rischio specificate nel presente documento. Sono inoltre a conoscenza del fatto che, nel caso in cui si verificasse uno dei sintomi o delle condizioni di alto rischio illustrate in precedenza, o nel caso in cui mi venisse diagnosticata una delle malattie suddette, mi potrebbe venir chiesto di cambiare lavoro oppure di non lavorare finché tali sintomi o malattie non siano state risolte.

Comprendo che un'eventuale inadempienza nei confronti dei termini del presente accordo potrebbe provocare l'intervento delle autorità del settore alimentare o delle autorità preposte al controllo degli alimenti, intervento che potrebbe mettere a repentaglio il mio posto di lavoro e provocare un'azione legale a mio carico.

Nome del candidato o del dipendente addetto agli alimenti (in stampatello)

Firma del candidato o del dipendente addetto agli alimenti _____ Data _____

Firma del detentore della licenza o del rappresentante _____ Data _____

Questo è un modulo base creato dal MA Dept. of Public Health e proposto al settore alimentare come strumento per facilitare l'adempimento alle norme 105 CMR 590.003(C) e Food Code 2-201.11. L'utilizzo del presente modulo è volontario e non è obbligatorio in base alle leggi dello stato. Revisione: 8/5/2001