

PRILOGA 1

SOGLASJE OSEBE K OBVEZNOSTI PRIJAVLJANJA BOLEZNI, KI SE LAHKO PRENAŠAJO Z DELOM ([COVID-19](#))

Podpisani _____ soglašam, da bom takoj obvestil nosilca živilske dejavnosti, ter, če bo potrebno, opravil zdravstvene preglede in/ali prenehal z delom v primeru naslednjih zdravstvenih težav:

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.

5. Če ste bili v stiku z bolnikom, obolelim s COVID-19 v zadnjih 14 dneh ali če ste imeli v zadnjih 14 dneh kateregakoli od naslednjih simptomov/ znakov:

- povišana telesna temperatura*
- kašelj*
- glavobol*
- slabo počutje*
- boleče žrelo*
- nahod*
- težko dihanje (občutek pomanjkanja zraka)*

Podpis osebe:

Datum: