

**Acordo de Notificação do Empregado do Setor Alimentício**  
Evitando a transmissão de doenças através da comida por empregados do setor  
alimentício infectados

O propósito deste acordo é garantir que Empregados alimentícios e Empregados condicionais notifiquem o Encarregado quando apresentarem alguma das condições listadas para que, desta forma, o Encarregado possa tomar as medidas apropriadas para impedir a transmissão de doenças por alimentos.

**EU CONCORDO EM NOTIFICAR AO ENCARREGADO:**

**A. SINTOMAS:**

diarréia, febre, vômito, icterícia, garganta inflamada com febre, lesões com pus nas mãos, pulsos ou parte exposta do corpo (tais como furúnculo e ferimentos infeccionados, mesmo pequenos).

**B. DIAGNÓSTICO MÉDICO DE ENFERMIDADE:**

norovirus, E. Coli que produz toxina shiga, typher (febre tifóide), *Shigella*, *Salmonella* não tifóide e Hepatite A, bem como outras enfermidades que se transmitem por alimentos de acordo com o código 105 CMR 300.000. Entre em contato com o *Food Protection Program* (Programa de Proteção Alimentar): 617-983-6712, ou com o *The Epidemiology Program* (Programa de Epidemiologia: 617-983-6800) para mais informações

**C. DIAGNÓSTICOS MÉDICOS ANTERIORES:**

Você já foi diagnosticado como portador de uma das doenças listadas acima? \_\_\_\_\_

Em caso afirmativo, qual foi a data do diagnóstico? \_\_\_\_\_

**D. CONDIÇÕES DE ALTO RISCO:**

- Exposição a causa ou suspeita de qualquer deflagração confirmada das enfermidades listadas na Parte B.
- Um membro da família foi diagnosticado com uma das enfermidades listadas na Parte B.
- Um membro da família presente ou trabalhando em um local apresentando uma deflagração confirmada das enfermidades listadas na Parte B.

Eu li (ou foi-me explicado) e entendo as exigências em relação às minhas responsabilidades sob o Código de Alimentos 590/1999 do 105 CMR e este acordo para cumprir com os requisitos especificados acima envolvendo os sintomas, diagnósticos e condições de alto risco especificados. Também entendo que se eu apresentar um dos sintomas ou condições de alto risco acima, ou se eu for diagnosticado com uma das doenças acima, poderá ser-me solicitado que eu mude minha função ou pare de trabalhar completamente até que tais sintomas ou doenças tenham sido resolvidos.

Eu entendo que o não cumprimento dos termos deste acordo poderá resultar em ação por parte do estabelecimento de alimentos ou da autoridade reguladora de alimentos que poderá colocar meu emprego em risco e implicar em ação legal contra mim.

Nome do Empregado alimentício ou alimentício condicional (**em letra de forma**) \_\_\_\_\_

**Assinatura do candidato ou empregado** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

**Assinatura do Portador da Permissão ou Representante** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

Fundos para esta tradução foram providos pela *FDA Cooperative Grant* para a cidade de Melrose, MA. Este é um modelo de formulário criado pelo Departamento de Saúde Pública de Massachussets fornecido como uma ferramenta para a indústria usar para ajudar no cumprimento com o 105 CMR 590.002(E) e Código Federal de Alimentos 2-201.11. O uso deste formulário é voluntário e não obrigatório por regulamentos estaduais. Revisado: Outubro de 2018.