

## ਸੰਸਥਾਨ ਦਾ ਨਾਮ

### ਕਰਮਚਾਰੀ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ

ਸੰਸਥਾਨ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

ਸੰਸਥਾਨ ਦਾ ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

ਇਸ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਇਸ ਭੋਜਨ ਸੰਸਥਾਨ ਦੇ ਸ਼ਰਤੀਆ ਵਾਲੇ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਮੌਜੂਦਾ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਇੰਚਾਰਜ ਵਿਅਕਤੀ (PIC) ਸੂਚਿਤ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਉਹ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸ਼ਰਤਾਂ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਕਰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਜੋ PIC ਭੋਜਨ ਤੋਂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਸੰਚਾਰ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਉਚਿਤ ਕਦਮ ਚੁੱਕ ਸਕੇ।

ਮੈਂ ਇਹਨਾਂ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਜਦੋਂ ਇਹ ਕੰਮ 'ਤੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਕੰਮ ਤੋਂ ਬਾਹਰ:

- 1) ਦਸਤ;
- 2) ਉਲਟੀਆਂ;
- 3) ਪੀਲੀਆਂ;
- 4) ਬੁਖਾਰ ਦੇ ਨਾਲ ਗਲੇ ਵਿੱਚ ਖਰਾਸ਼; ਅਤੇ/ਜਾਂ,
- 5) ਲਾਗ ਵਾਲੇ ਕੱਟ, ਜ਼ਖਮ, ਜਾਂ ਸਰੀਰ ਦੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਹੋਏ ਹਿੱਸਿਆਂ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ ਹੱਥ, ਗੁੱਟ, ਆਦਿ) 'ਤੇ ਪੱਸ ਵਾਲੇ ਜ਼ਖਮ

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੈਨੂੰ ਦਸਤ ਅਤੇ ਉਲਟੀਆਂ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਲੱਛਣ ਬੰਦ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੈਂ ਘੱਟੋ ਘੱਟ **24 ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਕੰਮ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਆਸਕਾਂਗਾ।**

ਮੈਂ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਜੇ ਮੈਨੂੰ ਨੋਰੋਵਾਇਰਸ, ਸਾਲਮੋਨੇਲਾ ਟਾਈਫੀ (ਟਾਈਫਾਈਡ ਬੁਖਾਰ), ਕਿਸੇ ਸ਼ਿਗੇਲਾ ਪ੍ਰਜਾਤੀ, ਈ. ਕੋਲੀ 0157: H7, ਹੋਰ ਐਂਟਰੋਵੈਰੋਜੈਨਿਕ ਜਾਂ ਈ.ਕੋਲੀ ਨੂੰ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਚੀਗਾ ਜ਼ਹਿਰ, ਹੈਪੇਟਾਈਟਸ ਏ ਵਾਇਰਸ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸੰਚਾਰੀ ਬਿਮਾਰੀ ਨਾਲ ਬਿਮਾਰ ਹੋਣ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜੇ ਨੇਵਾਡਾ ਸੇਧੇ ਹੋਏ ਸਟੈਚੂਜ਼ (NRS) 441A ਵਿੱਚ ਲੋੜੀਂਦੀ ਸਮਝੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਮੈਂ Washoe County District Board of Health Governing Food Establishments ਦੇ ਨਿਯਮਾਂ ਦੀ ਧਾਰਾ 030.020 ਵਿੱਚ ਲੋੜੀਂਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸਾਰੀਆਂ ਕਰਮਚਾਰੀ ਸਿਹਤ, ਪਾਬੰਦੀਆਂ, ਅਤੇ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਲੋੜਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ।

ਵਰਤਮਾਨ/ਸ਼ਰਤਾਂ ਵਾਲਾ ਭੋਜਨ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨਾਮ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅੱਖਰ: \_\_\_\_\_

ਮੌਜੂਦਾ/ਸ਼ਰਤੀਆ ਭੋਜਨ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਦਸਤਖਤ: \_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਭੋਜਨ ਸੰਸਥਾਨ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

ਭੋਜਨ ਸੰਸਥਾਨ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: \_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_