**Izjava o prijavi znakova bolesti**

Pod punom moralnom i materijalnom odgovornošću izjavljujem da ću prijaviti svaku promjenu zdravstvenog stanja koja može utjecati na higijensku ispravnost proizvoda, a posebno u slučaju sljedećih zdravstvenih poteškoća:

* proljeva,
* povraćanja,
* povišene temperature,
* kašlja i kihanja,
* prehlade i gripe,
* promjena na koži u vidu alergija, osipa, gnojnih rana i čireva,
* iscjetka iz nosa, ušiju, očiju,

kao i da ću obaviti potreban zdravstveni pregled svaki put nakon što prebolim zaraznu bolest a prije povratka na radno mjesto, kao i u slučajevima povraćanja i proljeva u porodici, nakon duže odsutnosti s posla u slučajevima povraćanja i proljeva ili u slučajevima kontakta s ljudima koji boluju od zaraznih bolesti.

Potpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_