

	Manualul HACCP	Ediția 2025 / rev 01
Formular: F 07-02	PRP 07 Igiena personalului	Aprobat:
Declarație pe proprie răspundere privind starea de sănătate		Responsabil: ==NECOMPLETAT==

Declarație pe proprie răspundere privind starea de sănătate

== vizitatori ==

Stimate vizitator,

Siguranța alimentară reprezintă prioritatea noastră absolută. Pentru a proteja integritatea produselor noastre și sănătatea consumatorilor, vă rugăm să completați această scurtă declarație. Informațiile furnizate sunt confidențiale și vor fi utilizate exclusiv în scopul prevenirii riscurilor de contaminare. Vă mulțumim pentru cooperare!

Date de identificare:

Nume și Prenume: _____

Compania / Instituția: _____

Persoana de contact oficială: _____

Data vizitei: _____

Chestionar de sănătate:

Vă rugăm să bifați răspunsul corespunzător pentru fiecare întrebare de mai jos, referitor la starea dumneavoastră de sănătate **din ultimele 48 de ore**.

Nr.	Întrebare	DA	NU
1.	Ați avut simptome precum greață, vărsături, diaree sau crampe abdominale?	☐	☐
2.	Ați avut febră (peste 37.5°C), dureri în gât, tuse sau alte simptome respiratorii acute?	☐	☐
3.	Prezentați leziuni ale pielii vizibil infectate (tăieturi, abcese, iritații), icter (îngălbenirea pielii/ochilor) sau infecții ale ochilor/urechilor?	☐	☐
4.	Ați fost în contact direct cu o persoană diagnosticată cu o boală transmisibilă (ex: toxiinfecție alimentară, hepatită, COVID-19 etc.)?	☐	☐

Notă importantă: Dacă ați răspuns cu „DA” la oricare dintre întrebările de mai sus, vă rugăm să informați imediat persoana de contact, înainte de a intra în spațiile de producție. Accesul în aceste zone ar putea fi restricționat pentru siguranța produselor noastre.

Angajament și consimțământ:

Subsemnatul/Subsemnata, declar pe proprie răspundere că informațiile furnizate în acest formular sunt complete și corecte.

Înțeleg importanța respectării normelor de igienă într-o unitate din industria alimentară și mă angajez să respect întocmai instrucțiunile de igienă și siguranță primite din partea reprezentanților pe parcursul vizitei mele.

Sunt conștient(ă) că furnizarea de informații false sau nerespectarea regulilor comunicate poate pune în pericol siguranța alimentară și poate atrage după sine interzicerea accesului în incintă.

Data:

Nume și Prenume în clar: _____

Semnătura: _____