

TROGIR HOLDING d.o.o. Gradska tržnica	Obrazac HACCP sustava Individualna izjava o znakovima bolesti	OB09 rev.0 od 01/01/2016 str. 1 od 1
--	---	---

Ime i prezime: _____

Adresa: _____

Radno mjesto: _____

Opis znakova bolesti:

Znakovi bolesti	DA	NE	Datum pojave simptoma
povraćanje			
proljevanje			
dugotrajni kašalj			
gnojne promjene na koži, na noktima			
gnojne rane			
iscjedak iz očiju, ušiju, nosa			

Ukoliko ste na neko od navedenih pitanja odgovorili sa DA, molimo Vas da dodatno obrazložite Vaše tegobe:

Potpis osobe: _____ Datum: _____

Naručen na zdravstveni pregled: DA NE

Potpis odgovorne osobe: _____ Datum: _____

NAPOMENA:

Individualnu izjavu o znakovima bolesti obavezno arhivirati.