|  |  |
| --- | --- |
| ZDRAVSTVENE ZAHTEVE - SOGLASJE | ***Priloga 12*** |

### IZJAVA

|  |  |
| --- | --- |
| **PONUDNIK – NAZIV:** |  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
| **NASLOV:** |  |

ki se javljamo na javni razpis:

**Obnova vodovoda v delu naselja Beričevo v občini Dol pri Ljubljani**

**IZJAVLJAMO**,

da smo seznanjeni z

**ZDRAVSTVENIMI ZAHTEVAMI ZA ZUNANJE IZVAJALCE,**

**KI PRI SVOJEM DELU PRIHAJAJO V STIK Z PITNO VODO**

in, da bomo izpolnjevali zahteve iz Pravilnika o zdravstvenih zahtevah za osebe, ki pri delu v proizvodnji in prometu z živili prihajajo v stik z živili (Ur. l. RS št. 82/2003 in Ur. l. RS št. 25/2009) in ob podpisu pogodbe predali podpisana soglasja zaposlenih.

Pravilnik o zdravstvenih zahtevah za osebe, ki pri delu v proizvodnji in prometu z živili prihajajo v stik z živili (Ur.l. RS št. 82/2003 in Ur.l. RS št. 25/2009) določa :

* zdravstvene zahteve za osebe, ki pri delu v proizvodnji in prometu z živili , vključno z pitno vodo , prihajajo stalno ali občasno v stik z živili ( pitno vodo)
* dolžnosti oseb
* obseg, način in pogoje za opravljanje pregledov oseb
* dolžnosti nosilcev živilske dejavnosti

**Stik z živili ( pitno vodo) v smislu tega pravilnika pomeni stik z:**

* delovno opremo,
* delovnimi površinami,
* predmeti ali materiali, ki neposredno prihajajo v stik z živili.

Zahteve za zunanje izvajalce, ki izvajajo pogodbena ali druga dela za JAVNO PODJETJE VODOVOD KANALIZACIJA SNAGA:

* Pred pričetkom pogodbenega ali drugega dela mora izvajalec obvestiti JAVNO PODJETJE VODOVOD KANALIZACIJA SNAGA d.o.o. o zdravstvenem stanju zaposlenih , ki bodo opravljali delo in sicer z:
	+ - predložitvijo podpisanih Prilog 13 (Soglasje osebe k obveznosti prijavljanja bolezni, ki se lahko prenašajo z delom) za vse zaposlene, ki bodo pri svojem delu prihajali stalno ali občasno v stik s pitno vodo,
		- predložitvijo podpisanih Prilog 13.a (Individualna izjava o bolezenskih znakih ) za vse zaposlene, ki bodo pri svojem delu prihajali stalno ali občasno v stik z pitno vodo, da se ugotovi začetno zdravstveno stanje zaposlenih.
* V primeru pojava bolezenskih znakov iz Priloge 13.a pri zaposlenem pred ali med izvajanjem pogodbenega ali drugega dela mora izvajalec del obvestiti JAVNO PODJETJE VODOVOD KANALIZACIJA SNAGA d.o.o.:
	+ - * o napotitvi in ugotovitvah ter morebitnem ukrepanju javnega zdravstvenega zavoda, ki je opravil pregled zaposlenega in
			* predložiti Potrdilo o pregledu osebe, ki pri delu prihaja v stik z živili iz Priloge 13b.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (kraj, datum) | žig | (naziv ponudnika, podpis odgovorne osebe) |

|  |  |
| --- | --- |
| SOGLASJE OSEBE K OBVEZNOSTI PRIJAVLJANJA BOLEZNI | ***Priloga 13*** |

**VZOREC**

|  |  |
| --- | --- |
| **PONUDNIK – NAZIV:** |  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
|  |  |
| **NASLOV:** |  |

SOGLASJE OSEBE K OBVEZNOSTI PRIJAVLJANJA BOLEZNI, KI SE LAHKO

PRENAŠAJO Z DELOM

Podpisani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ soglašam, da bom takoj obvestil nosilca živilske dejavnosti naročnika ter, če bo potrebno, opravil zdravstvene preglede in/ali prenehal z delom v primeru naslednjih zdravstvenih težav:

1. V vsakem primeru:
* bruhanje;
* driske;
* gnojnih sprememb na koži (ognojki, gnojne rane,turi itd.);
* izcedka iz ušes, nosu.
1. Vsakokrat po preboleli nalezljivi bolezni, pred vrnitvijo na delo.
2. V primeru pojava driske in/ali bruhanja v družini.
3. Po vrnitvi na delo, po daljši odsotnosti, če sem v tem času prebolel drisko ali sem bruhal ali je kdorkoli iz skupine ljudi, s katerimi sem bil v stiku, prebolel drisko ali je bruhal.

Podpis osebe: Datum:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (kraj, datum) | žig | (naziv ponudnika, podpis odgovorne osebe) |

|  |  |
| --- | --- |
| INDIVIDUALNA IZJAVA O BOLEZENSKIH ZNAKIH | ***Priloga 13.a*** |

###### VZOREC

|  |  |
| --- | --- |
| **PONUDNIK – NAZIV:** |  |
|  |  |
| **NASLOV:** |  |

## INDIVIDUALNA IZJAVA O BOLEZENSKIH ZNAKIH

Ime in priimek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov bivališča:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Delovno mesto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Opis bolezenskih znakov:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bolezenski znaki** | **Da** | **Ne** | **Datum pojava** |
| Bruhanje  |  |  |  |
| Driska |  |  |  |
| Zlatenica |  |  |  |
| Gnojne spremembe na koži, ob nohtih, očesni ječmen, gnojne rane |  |  |  |
| Izcedek iz oči, ušes, nosu |  |  |  |
| Bivanje v tujini |  |  |  |
| Driska in/ali bruhanje v družini |  |  |  |

Če ste na katerokoli vprašanje odgovorili z **DA**, prosimo, da dodatno obrazložite vaše težave:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potrjujem, da so odgovori na vprašanja ter dodatne informacije resnični.

Podpis osebe: Datum:

Napoten na zdravniški pregled da ne

Podpis nosilca živilske dejavnosti oziroma odgovorne osebe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (kraj, datum) | žig | (naziv ponudnika, podpis odgovorne osebe) |

|  |  |
| --- | --- |
| ZDRAVSTVENE ZAHTEVE - POTRDILO | ***Priloga 13.b*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PONUDNIK – NAZIV:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
|  |  |
| **NASLOV:** |  |

**POTRDILO O PREGLEDU OSEBE, KI PRI DELU PRIHAJA V STIK Z ŽIVILI\***

Potrdilo o pregledu osebe, ki je opravljen po Pravilniku o zdravstvenih zahtevah za osebe, ki pri delu v proizvodnji in prometu z živili prihajajo v stik z živili (Ur. l. RS št. 82/2003 in Ur. l. RS št. 25/2009).

Na podlagi opravljenega pregleda je bilo ugotovljeno, da:

Ime in priimek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nosilec živilske stroke: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Delovno mesto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Izpolnjuje pogoje za delo z živili

* Izpolnjuje pogoje za delo z živili z omejitvijo
* Ne izpolnjuje pogoje za delo z živili, zaradi

Predlagani ukrepi:

Naziv pooblaščenega javnega zdravstvenega zavoda, ki je potrdilo izdal:

………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………..

 Žig in podpis zdravnika

\*izpolni se v dveh (2) izvodih (za nosilca živilske dejavnosti in izvajalca pregleda)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (kraj, datum) | žig | (naziv ponudnika, podpis odgovorne osebe) |