Acuerdo de informe/enfermedad del manipulador(a) de alimentos

Nombre del empleado/a (en letra de molde)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en que NO tengo actualmente:

• Diarrea o Vómitos

Estoy de acuerdo en que en las últimas 48 horas NO he tenido:

• Diarrea o Vómitos

Estoy de acuerdo en informar a la persona a cargo si yo o un miembro de la familia desarrollamos:

• Diarrea o Vómitos

Firma del empleado/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Titular del Permiso o Representante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_