

فرم شاغلین مشمول تغییر شرایط محیط کار و یا گروه های آسیب پذیر
و تعهد آموزشی ایشان در برنامه کاهش شیوع ابتلا به کووید ۱۹

✓ واحد امور اداری شرکت :

شاغل : به شماره پرسنلی : از تاریخ : تا تاریخ :
با توجه به خوداظهاری در سامانه ، شرایط شغلی نامبرده و مجوز رئیس مستقیم شاغل ادامه فعالیت کاری به صورت زیر خواهد بود :

- جهت ارزیابی علایم کووید ۱۹ یا بیماری زمینه ای به پزشک معرفی می گردد
- دورکاری براساس نظر رئیس مستقیم
- جابجایی محل کار و فعالیت در واحدهای با تجمع کمتر
- تغییر در شیفت کاری و محدودیت حضور در شیفت صبح

نام و نام خانوادگی رئیس امور اداری : تاریخ : امضا :

✓ واحد HSE شرکت :

بر اساس ارزیابی محل کار شاغل ، وضعیت تغییر شرایط محیط کار به اطلاع رسید و اقدامات زیر انجام شد :

- تجهیزات حفاظت فردی مانند ماسک ، دستکش و محلول ضد عفونی کننده تحویل داده شد
- محتوای آموزشی لازم جهت پیشگیری از ابتلا به کووید ۱۹ ارائه شد
- جهت ارزیابی علایم کووید ۱۹ یا بیماری زمینه ای به پزشک معرفی گردید

نام و نام خانوادگی مسئول HSE : تاریخ : امضا :

✓ پزشک معتمد یا سلامت کار :

وضعیت سلامتی نامبرده از نظر کووید -۱۹ و یا آسیب پذیری بررسی شد ، موارد زیر برای وی توصیه می گردد:

- در حال حاضر سالم است
- صدور مرخصی استعلاجی محدود (تا روز)
- لزوم قرنطینه خانگی (تا روز) مطابق دستورالعمل
- نیاز به اعزام به بیمارستان
- ارسال داروهای مورد نیاز با هماهنگی شرکت و معرفی به پزشک سلامت کار/خانواده
- دورکاری/ خروج از منطقه عملیاتی بمدت
- محدودیت شغلی بمدت
- قرنطینه در محیط کار (تا روز) مطابق دستورالعمل

نام و نام خانوادگی پزشک : تاریخ : مهر و امضا پزشک:

✓ تعهد نامه شاغل :

اینجانب به شماره پرسنلی آموزش های زیر را دریافت نمودم و متعهد به اجرای آن خواهم بود :

- رعایت اصول محافظت فردی در ارتباط با کاهش شیوع بیماری کووید ۱۹ (مانند استفاده از ماسک و..)
- رعایت اصول قرنطینه خانگی و کاهش تردد در سطح شهر و الزامات فاصله گذاری اجتماعی
- رعایت اصول بهداشت فردی، گندزدایی سطوح و لوازم فردی در منزل
- انجام خوداظهاری علایم مرتبط با کووید ۱۹ (تب ، گلودرد ، تنگی نفس و سرفه و...) در سایت سازمان www.pihho.ir و یا www.nocorona.ir
- عدم مسافرت و تردد به شهرهای پرخطر از نظر کووید ۱۹

نام و نام خانوادگی شاغل : تاریخ : امضا :