

## ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

(εργαζομένων σε καταστήματα, εργαστήρια ή επιχειρήσεις υγειονομικού ενδιαφέροντος)

Ο/Η Επώνυμο.....

Όνομα.....

Όνομα Πατρός.....

Α.Δ.Τ .....  
ή Α.Μ.Κ.Α.....

ή Αριθμός Διαβατηρίου.....

Δ/ση.Κατοικίας .....

.....

Υποβλήθηκε σε Ιατρική κλινική εξέταση και στις παρακλινικές εξετάσεις

Ακτινογραφία Θώρακος:  Ναι

Καλλιέργεια \*, Παρασιτολογική κοπράνων (για χειριστές τροφίμων \* \*)  Ναι  Όχι

Βρέθηκε να μην πάσχει από κάποιο λοιμώδες ή μεταδοτικό νόσημα για τη Δημόσια Υγεία και μπορεί να εργαστεί σε κατάστημα, εργαστήριο ή επιχείρηση υγειονομικού ενδιαφέροντος.

Το παρόν ισχύει για πέντε (5) χρόνια, πλην των εργαζομένων σε παιδικούς, βρεφονηπιακούς σταθμούς κ.λπ. που ισχύει για 2 χρόνια \*\*\*

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ...../...../20.....

**Ο ΙΑΤΡΟΣ**

(υπογραφή, σφραγίδα)

\*Για salmonella .

\*\* (Χειριστής τροφίμων είναι το άτομο που απευθείας χειρίζεται συσκευασμένα ή μη συσκευασμένα τρόφιμα, εξοπλισμό και εργαλεία για τρόφιμα ή επιφάνειες που έρχονται σε επαφή με τα τρόφιμα).

\*\*\* Τα Πιστοποιητικά υγείας του προσωπικού θα φυλάσσονται στις Επιχειρήσεις υγειονομικού ενδιαφέροντος και θα επιδεικνύονται όταν ζητούνται, στα αρμόδια όργανα υγειονομικού ελέγχου. Θα ανανεώνονται μετά τη λήξη τους επαναλαμβάνοντας όλες τις εξετάσεις (Ιατρική κλινική εξέταση