

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

Εργαζομένων σε βρεφικούς, βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς
Συμπληρώνεται ανά 2 έτη (με εξαίρεση τον έλεγχο φυματίωσης)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο: _____

ΑΜΚΑ: _____

Επαγγελματική ιδιότητα: _____

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ (από Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό)

Βεβαιώνεται ότι, ο/η εργαζόμενος/η υποβλήθηκε σε ιατρική εξέταση, βρέθηκε να μην πάσχει από λοιμώδες μεταδοτικό νόσημα και μπορεί να εργαστεί σε βρεφικό, βρεφονηπιακό και παιδικό σταθμό.

Επιπλέον, ο εργαζόμενος, υποβλήθηκε σε:

- Παρασιτολογική/καλλιέργεια κοπράνων ΝΑΙ ΟΧΙ

(μόνο για τα άτομα που έρχονται σε άμεση ή έμμεση επαφή με τρόφιμα)

Ημερομηνία

Υπογραφή-Σφραγίδα Ιατρού

ΕΛΕΓΧΟΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ (από Πνευμονολόγο ή Παθολόγο ή Γενικό Ιατρό)

Βεβαιώνεται ότι, ο/η εργαζόμενος/η, εξετάστηκε σύμφωνα με το **ΦΥΛΛΟ ΠΡΟΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ (ανά 4 έτη)** και υποβλήθηκε σε ακτινογραφία θώρακος (μόνο για τους νεοπροσληφθέντες).

Ημερομηνία

Υπογραφή-Σφραγίδα Ιατρού

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Βεβαιώνεται ότι ο/η εργαζόμενος/η υποβλήθηκε σε δερματολογική εξέταση, βρέθηκε να μην πάσχει από μεταδοτικό δερματολογικό νόσημα και μπορεί να εργαστεί σε βρεφικό, βρεφονηπιακό και παιδικό σταθμό.

Ημερομηνία

Υπογραφή-Σφραγίδα Δερματολόγου

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Βεβαιώνεται ότι ο/η εργαζόμενος/η υποβλήθηκε σε ψυχιατρική εξέταση, με την οποία βεβαιώνεται η ψυχική υγεία και καταλληλότητα του, προκειμένου να εργαστεί σε βρεφικό, βρεφονηπιακό και παιδικό σταθμό.

Ημερομηνία

Υπογραφή-Σφραγίδα Ψυχιάτρου