Документ предоставлен [КонсультантПлюс](http://www.consultant.ru)

УПРАВЛЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ

ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ

ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПО ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ

ПО ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 7 апреля 2020 г. N 1960

О ВНЕСЕНИИ ДОПОЛНЕНИЙ В ПОСТАНОВЛЕНИЕ ГЛАВНОГО

ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНОГО ВРАЧА ПО ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ОТ 05.04.2020 N 1955

Я, Главный государственный санитарный врач по Владимирской области Т.Е. Данилова, постановляю:

1. Внести дополнение в [постановление](consultantplus://offline/ref=862051DA409AE5C5A53EBB1FA353CB237FAAFA15BDEE067C2BED699516A483EC89A4BA739B9DDDCA953F009DC4899BF934G4PEI) главного государственного санитарного врача по Владимирской области от 05.04.2020 N 1955 "О дополнительных мерах по недопущению распространения COVID-2019 во Владимирской области", изложив в следующей редакции:

1.1. Работодатель обязан провести профилактическую работу по разъяснению работнику необходимых мероприятий по предупреждению и распространению заболевания новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) а именно: в случае появления признаков острого респираторного заболевания (повышение температуры, кашель, одышка, насморк, першение и боль в горле) у членов семьи и (или) фактов контакта с больными острыми респираторными заболеваниями членов семьи работнику необходимо принять меры по самоизоляции с использованием средств индивидуальной защиты, сообщив работодателю и медработнику или специально проинструктированным ими лицам, задачей которых является выявление, временная изоляция и персональный учет сотрудников с признаками ухудшения здоровья и острых респираторных заболеваний, о данном факте.

1.2. В [уведомлении](consultantplus://offline/ref=862051DA409AE5C5A53EBB1FA353CB237FAAFA15BDEE067C2BED699516A483EC89A4BA73899D85C695361E9EC89CCDA8721B32B4EF722BAA0D8B372BGDP5I) (приложение N 1) расширить перечень представляемой информации, а именно дополнить пунктами: п. 10 "Вид деятельности", п. 11 "ИНН/ОГРН" и п. 12 "Контактный телефон" [(приложение)](#P47).

2. Контроль исполнения настоящего постановления оставляю за собой.

Главный государственный санитарный

врач по Владимирской области

Т.Е.ДАНИЛОВА

Приложение

к постановлению

Главного государственного

санитарного врача

по Владимирской области

от 07.04.2020 N 1960

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Бланк предприятия/организации | | | | | | | | | |  | | Управление Роспотребнадзора  по Владимирской области  (территориальный отдел) | | | | | |
| от |  | N | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| УВЕДОМЛЕНИЕ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_  об исполнении постановления Главного государственного санитарного врача по Владимирской области N \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя, адрес | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| осуществления деятельности | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Количество работников предприятия | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Организация работы (указать количество смен) | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Наличие средств индивидуальной защиты (СИЗ), бесконтактных термометров | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (наименование, количество) | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 5. Наличие дезинфицирующих средств (наименование, количество) | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Транспортное обеспечение (автотранспорт предприятия/личный транспорт) | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Наличие помещения для изоляции работника с признаками респираторного | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| заболевания | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Наличие медицинского персонала/обученных лиц | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наличие условий для организации питания сотрудников | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Вид деятельности | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 11. ИНН/ОГРН | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Контактный телефон | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Руководитель организации | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | (подпись) | | | |  | | | (расшифровка подписи) | | |
|  | | | | | | | |  | | | |  | | | М.П. | | |