

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ
ГР. ГАБРОВОДО
ДИРЕКТОРИТЕ НА
УЧИЛИЩА ОТ
ОБЛАСТ ГАБРОВОРЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ
ГР. ГАБРОВО

регистрационен номер и дата

ЗН-02-7 / 27.01.2020

ПРЕДПИСАНИЕ**ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ХИГИЕННИ И ПРОТИВОЕПИДЕМИЧНИ МЕРКИ**

Подписаният д-р **Татяна Велиславова Шишкова**, на длъжност **Директор** Дирекция „Надзор на заразните болести” при РЗИ – Габрово

Уведомяваме Ви, че през седмица № 4 на 2020г., нивото на интензивност на епидемичния процес на грип и остри респираторни заболявания в област Габрово нарасна и заболяемостта достигна предепидемични и епидемични стойности от :

- 191,000 на 10 000 души за община Габрово
- 263,823 на 10 000 души за община Севлиево
- 324,305 на 10 000 души за община Трявна
- 226,975 на 10 000 души за община Дряново

Най-висока е заболяемостта във възрастовата група 0-4 г. /511,36 ‰/, следвана от възрастовата група 5-14 г. /232,02 ‰ и възрастова група 15-29 г. /222,58‰ /.

Регистрирана е висока заболяемост от грип и ОРЗ във всички училища на Габровска област.

Във връзка с гореизложеното, на основание Методическо указание за борба с грипа и острите респираторни заболявания, утвърдено със Заповед № РД-01-260/11.09.2019 г. на Министъра на здравеопазването и чл. 105, ал. 5 от Закона за предучилищно и училищно образование, както и с цел прекъсване на епидемичния процес

ПРЕДПИСВАМ:

1. Дните от 27.01.2020 г до 31.01.2020 г да се обявят за неучебни във всички училища на област Габрово.

Отговорността за изпълнението възлагам на **Директорите на училища в област Габрово**

На основание чл. 45 ал. 2 от Закона за Здравето (ДВ бр.70/2004 г.)и чл.13,ал.3 от Наредба №36/21.07.2009 г. за условията и реда за упражняване на държавен здравен контрол(обн. Д.В. бр.63/2009) това предписание може да се обжалва по реда на Административното процесуалния кодекс (обн.ДВ бр. 30/2006г.). при Директора на РЗИ-Габрово и/или пред Административен съд-Габрово в 14-дневен срок от съобщаването. Обжалването не спира изпълнението на предписаните мероприятия.

Държавен здравен инспектор:

Подпис

ВРЪЧВАНЕ НА ПРЕДПИСАНИЕТОДата _____
ден, месец, годинаПолучил: _____
подписВръчил: _____
подпис_____
собствено, бащино и фамилно име