

**AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE E RESPONSABILITA'**

Gentili Signore, Egregi Signori,

per accedere alla struttura, le chiediamo di presentare quest'autocertificazione debitamente compilata in tutti i suoi punti. I dati personali riportati in questo formulario saranno conservati per una durata massima di 14 giorni e, in assenza di segnalazioni o richieste da parte dell'Autorità cantonale, saranno eliminati.

Uno degli aspetti più delicati nella tutela dei vostri cari è quello di evitare ogni contatto con persone a rischio. Vi chiediamo di compilare con attenzione **l'autodichiarazione riferita agli ultimi 14 giorni**.

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_ Data di nascita : \_\_\_\_\_

Nr. telefono: \_\_\_\_\_

Via /nr Civico: \_\_\_\_\_

Località / NAP: \_\_\_\_\_

Motivo dell'accesso in Clinica: \_\_\_\_\_

Sotto la mia responsabilità e consapevolezza delle conseguenze di false dichiarazioni, dichiaro quanto segue:

Ha uno o più sintomi di una malattia respiratoria acuta<sup>1</sup>, p.es. tosse, mal di gola, affanno? Oppure ha avuto uno o più di questi sintomi negli ultimi giorni? E/o ho improvvisamente perso l'olfatto e /o il gusto?

Sì

No

Al momento ha febbre, sensazione di febbre o dolori muscolari? Oppure uno o più di questi sintomi negli ultimi giorni?

Sì

No

Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatto stretto<sup>2</sup> con una persona risultata positiva al Covid 19 o con qualcuno che presentava sintomi influenzali?

Sì

No

Sono in quarantena per un contatto accertato per un caso COVID 19?

Sì

No

Negli ultimi 14 giorni è stato in un paese a rischio<sup>3</sup>?

Sì

No

Sé a una o più domande ha risposto di **si** non può fare visita al suo familiare / caro e non può accedere alla struttura. L'UFSP raccomanda a tutte le persone con sintomi della SARS COVID 19 di sottoporsi al test. Telefoni al suo medico o a una struttura sanitaria. Dica che ha dei sintomi da COVID 19. Segua le istruzioni dello specialista contattato, fino ad allora eviti contatti con altre persone.

<sup>1</sup> Nuovi e comparsi di recente

<sup>2</sup> Un contatto è considerato stretto quando due persone sono state per più di 15 min a meno di 2 metri di distanza l'uno dall'altra senza protezione (cioè senza essere separate da una parete divisoria in plexiglas o se la persona infetta e o l'altra persona non portavano la mascherina igienica.)

<sup>3</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/empfehlungen-fuer-reisende/quarantaene-einreisende.html#1204858541>



Firmando la presente autodichiarazione confermo di:

- essere consapevole dell'importanza del rispetto delle misure preventive atte a salvaguardare la propria sicurezza, quella del proprio caro e dell'intera comunità dell'Istituto e delle conseguenze di un mancato rispetto delle stesse;
- aver preso atto che, come da direttiva del medico cantonale 18.09.2020, Art. 23, durante la visita è responsabilità del Residente e del visitatore attenersi alle disposizioni di igiene ricevute dal personale dell'Istituto;
- informare tempestivamente l'Istituto in caso di insorgenza di sintomi riconducibili a COVID nei 5 giorni seguenti alla visita.

Con la firma si certifica la veridicità di quanto scritto:

Luogo e Data

Firma

---

---

I dati saranno trattati in maniera confidenziale secondo il codice delle obbligazioni 235.1, art. 4. Per ulteriori informazioni potete rivolgervi al seguente Link della confederazione

<https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/so-schuetzen-wir-uns.html>