



## AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE E RESPONSABILITÀ

Gentile, Egregio,

malgrado il rispetto scrupoloso delle norme di igiene e sicurezza non è possibile escludere l'eventualità, anche se molto remota, dell'insorgenza di nuove infezioni da COVID-19 all'interno delle strutture sanitarie.

Nella sua direttiva del 20 novembre 2020, l'Ufficio del Medico Cantonale, con quale stabilisce le modalità di accesso delle strutture sanitarie, definisce anche l'obbligatorietà dell'allestimento, da parte del visitatore, di un'autocertificazione con l'obiettivo di attestarne lo stato di salute e di permettere alla struttura sanitaria di contattarlo tempestivamente in caso di eventuale esposizione accidentale al virus.

I dati personali rilasciati in questo formulario saranno conservati per una durata massima di 14 giorni e, in assenza di segnalazioni, saranno eliminati. La Clinica Santa Croce si impegna con misure tecniche e organizzative a garantire la protezione dei dati contenuti nelle autocertificazioni.

La presente autocertificazione è da compilare il giorno previsto per l'ingresso in struttura; può anche essere compilata a domicilio, scaricandola dal sito <https://santacroce.ch/>.

Il/la sottoscritto/a:

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Informazioni utili in caso di necessità di tracciamento dei contatti (contact tracing):

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

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

Con la sua firma dichiara di:

- Non presentare o non aver presentato nelle ultime 48 ore sintomi di infezione delle vie respiratorie e in particolare: febbre, tosse, mal di gola, raffreddore, perdita del gusto e/o dell'olfatto.
- Non avere avuto contatto negli ultimi 10 giorni con persone affette da COVID 19 (eccezione operatori sanitari, con contatto protetto con persone COVID-19).
- Non essere sottoposto a quarantena obbligatoria a domicilio e/o che non sussistono ragioni per cui Lei dovrebbe annunciarsi all'Ufficio del Medico cantonale per essere sottoposto a quarantena, esempio:
  - contatti con persone affette da COVID;
- Impegnarsi a comunicare al reparto dove farà visita l'insorgenza di eventuali sintomi come sopra, nelle 48 ore successive alla sua visita in ospedale.

Apponendo la firma alla presente autocertificazione, il visitatore conferma l'esattezza delle indicazioni fornite e si dichiara disposto a comprovarle su richiesta. Il visitatore è reso attento che la falsa indicazione potrebbe costituire una violazione delle disposizioni cantonali e ogni altra disposizione applicabile in materia di disposizioni COVID e Legge epidemie. Colei/colui che dichiara il falso è passibile di una segnalazione all'autorità competente.

Luogo e Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_