

## COVID 19 - AUTODICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE E INFORMAZIONI

Gentili Signore, Egregi Signori,

per accedere alla struttura, le chiediamo di presentare quest'autocertificazione debitamente compilata in tutti i suoi punti.

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 10 giorni** e consegnarla al personale addetto alle visite.

**Cognome e nome:** \_\_\_\_\_

**Data di nascita:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Recapito telefonico:** \_\_\_\_\_

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

| Descrizione:  | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Ho/ho avuto sintomi di una malattia acuta delle vie respiratorie (p.es. <b>insorgenza improvvisa di starnuti</b> , tosse, mal di gola, affanno) con o senza febbre, sensazione di febbre o dolori muscolari, mal di testa, affaticamento generalizzato, raffreddore, disturbi gastrointestinali, anosmia o ageusia (perdita dell'olfatto o del gusto) nelle ultime 48 ore?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sono in isolamento/quarantena o sussistono ragioni per le quali dovrei annunciarmi all'Ufficio del Medico Cantonale per essere sottoposto a isolamento/quarantena (contatto con persone confermate positive al COVID-19)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Negli ultimi 10 giorni ho soggiornato/transitato in un paese considerato a rischio come da elenco UFSP visionabile al seguente link:<br><a href="https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/empfehlungen-fuer-reisende/liste.html">https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/empfehlungen-fuer-reisende/liste.html</a> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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;
- rispettare, applicare le regole d'igiene vigenti e indossare la mascherina chirurgica coprendo naso e bocca per tutto il tempo di permanenza all'interno della struttura e almeno fino all'uscita dalla stessa;
- aver preso atto che, come da direttiva del Medico Cantonale valida dal 14 ottobre 2021, durante la visita è responsabilità del Residente e del Visitatore attenersi a 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;

**SEGUE →**



---

La Direzione dell'Istituto ha facoltà di verificare il rispetto delle norme igieniche accresciute anche nelle stanze dei residenti e di richiamare i frequentatori dell'Istituto al rispetto delle regole. In caso di inosservanza la Direzione dell'Istituto ha facoltà di adottare i provvedimenti necessari a garantire la sicurezza.

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.

Luogo, data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

*I dati raccolti hanno il solo scopo di tutelare e non verranno diffusi a terzi né utilizzati per altri fini*