

COVID 19 - AUTODICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Gentili Signore, Egregi Signori,

per le vostre visite presso in struttura nella camera uscita, 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 10 giorni** e consegnarla al personale addetto alle visite.

Cognome e nome Visitatore: _____

Data di nascita: _____

Domicilio: _____

Recapito telefonico: _____

Nome e cognome del Residente (_____)

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

Descrizione:	SI	NO
Ho/avuto sintomi di una malattia acuta delle vie respiratorie (p.es. tosse, mal di gola, affanno) con o senza febbre, sensazione di febbre o dolori muscolari, nelle ultime 48 ore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho dolori muscolari, mal di testa, affaticamento generalizzato, raffreddore, disturbi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho insorgenza improvvisa di anosmia o ageusia (perdita dell'olfatto o del gusto)?	<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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho avuto contatto negli ultimi 10 giorni con persone confermate positive COVID-19 dal laboratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negli ultimi 10 giorni ho soggiornato/transitato in un paese considerato a rischio dalla Confederazione Svizzera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negli ultimi 10 giorni, nella mia stessa economia domestica ci sono state/ci sono persone che hanno sofferto/soffrono di sintomi riconducibili a COVID?	<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;
- 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.

•
Luogo, data: _____

Firma: _____

I dati raccolti hanno il solo scopo di tutelare e non verranno diffusi a terzi né utilizzati per altri fini. Li conserveremo per la durata di un potenziale rischio di contagio (15 gg.) e poi verranno distrutti.