

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.

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 Residente: _____

Cognome e nome Visitatore: _____

Data di nascita: _____

Domicilio: _____

Recapito telefonico: _____

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 in particolare Inghilterra o Sud Africa?	<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-19 o che hanno avuto contatti anche indiretti (tramite la stretta cerchia familiare) con persone risultate positive al Covid-19?	<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;

SEGUE →

-
- 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;
 - non consegnare direttamente al/alla proprio/a caro/a cibi, bevande o altri articoli; questi vanno consegnati al personale della Casa al momento dell'entrata;
 - aver preso atto che, come da direttiva del medico cantonale 16.10.2020, 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;

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 di questa Direttiva (Art. 27). In caso di inosservanza la Direzione dell'Istituto ha facoltà di adottare i provvedimenti necessari a garantire il rispetto della presente direttiva.

Luogo, data: _____

Firma: _____

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