

AUTOCERTIFICAZIONE PER ACCESSO IN CLINICA

Gentile signora
Egregio signore

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 29 maggio 2020 l'Ufficio del Medico Cantonale chiede di tenere traccia delle persone che accedono alla struttura, per poterle immediatamente avvertire in caso di una loro eventuale esposizione accidentale al virus.

I dati personali rilasciati in questo formulario saranno conservati per una durata massima di 10 giorni e, in assenza di segnalazioni, saranno eliminati. La Clinica Hildebrand si impegna con misure tecniche e organizzative a garantire la protezione dei dati contenuti nelle autocertificazioni.

La presente autocertificazione è da compilare per il giorno previsto per la visita; può essere compilata a domicilio, scaricandola dal sito www.clinica-hildebrand.ch, oppure all'entrata della Clinica.

Il/la sottoscritto/a:

NOME _____

COGNOME _____

Recapito telefonico (in caso di necessità di essere contattato): _____

Si reca oggi in Clinica per:

- **Visitatore/parente:** Nome e cognome paziente: _____
- **Paziente/Fornitore/altro:** Appuntamento con: _____

Con la sua firma dichiara di:

1. 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;
2. non avere avuto contatto negli ultimi 10 giorni con persone affette da COVID 19;
3. non avere visitato, transitato o soggiornato negli ultimi 10 giorni in un paese considerato a rischio dalla Confederazione svizzera;
4. 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;
 - rientro da paesi a rischio secondo la lista definita a livello federale;
5. impegnarsi a comunicare alla Direzione della Clinica Hildebrand l'insorgenza di eventuali sintomi come sopra, nelle 48 ore successive al suo accesso alla struttura.

Luogo: _____

Data: _____

Firma: _____