

## Autocertificazione per la visita a un paziente degente in Ospedale (ambiti acuto, riabilitativo e RAMI)

Gentile Visitatrice,  
egregio Visitatore,

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 visita all'interno 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. L'EOC 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.eoc.ch](http://www.eoc.ch), oppure all'entrata dell'ospedale.

Il/la sottoscritto/a:

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

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

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

Si reca oggi a far visita alla Signora/al Signor:

Reparto di: \_\_\_\_\_

Ospedale: \_\_\_\_\_

**Per riabilitazione e RAMI:** la visita avverrà

in camera

nella saletta

all'aperto

Con la sua firma dichiara di:

1. Essere in possesso di un Certificato COVID o attestazione di test PCR o antigenico negativo (effettuato nelle 48 ore precedenti l'ingresso in struttura);
2. Non presentare sintomi compatibili con la COVID-19: infezione acuta delle vie respiratorie (tosse, mal di gola, affanno, dolore toracico, ...) e/o febbre e/o improvvisa perdita dell'olfatto e/o del gusto, e/o confusione acuta o deterioramento delle condizioni, e/o dolori muscolari, mal di testa, debolezza generale, sintomi gastrointestinali eruzioni cutanee.
3. Non avere soggiornato negli ultimi 14 giorni in un paese considerato a rischio dalla Confederazione svizzera.
4. Non essere sottoposto a isolamento o 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

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: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

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