

 CASA PER ANZIANI <small>CONSORZIO INTERCOMUNALE DELL'ALTO VEDEGGIO</small> 6805 Mezzovico-Vira	COVID 19	D--021--ADCOVID19
	AUTODICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE	Rev. 01 Data : 21.09.2020

Per accedere all'area visite è indispensabile registrarsi tramite questo formulario.

Uno degli aspetti più delicati nella tutela dei vostri cari è quello di evitare ogni contatto con persone sintomatiche. Vi chiediamo di compilare con attenzione l'autodichiarazione di non aver avuto i sintomi elencati negli ultimi 10 giorni e consegnarla al momento dell'entrata in CPA.

Data entrata : _____ **Orario entrata :** _____ **Orario uscita :** _____

Cognome e nome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

Recapito telefonico: _____

Rilevamento temperatura corporea facoltativo: _____

Sotto la propria responsabilità é consapevole delle conseguenze di false dichiarazioni, dichiaro quanto segue:

Descrizione:	SI	NO
Ha 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha insorgenza improvvisa di anosmia o ageusia (perdita dell'olfatto o del gusto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È in isolamento oppure in quarantena?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto contatto con persone confermate COVID-19 positive o di essere entrato in contatto con un caso confermato di COVID-19 in laboratorio negli ultimi 10 giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha soggiornato all'estero negli ultimi 10 giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È consapevole dell'importanza del rispetto delle misure preventive atte a prevenire la propria sicurezza, quella del proprio caro e dell'intera comunità della Casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accesso di minori sotto i dodici anni è consentito solo se accompagnati da un adulto che se ne assume la responsabilità, un bambino vale come un adulto e non sono possibili deroghe. In camera due persone (2 adulti o 1 Adulto e 1 bambino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Con l'autocertificazione accetta le disposizioni, chiunque ometta informazioni o le fornisce in modo incompleto e/o in caso di mancato rispetto delle direttive (il personale della CPA potrà effettuare delle verifiche sul rispetto delle stesse) il firmatario è consapevole delle conseguenze legali e della sospensione immediata delle visite con segnalazione all'ufficio del medico cantonale.
- Con la firma del documento conferma di avere ricevuto le informazione e di averle comprese.

Firma visitatore: _____

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

Campo CAAV

Nome e cognome operatore caav : _____ **Firma :** _____