

---

## 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 31 gennaio 2022, 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: \_\_\_\_\_

Con la sua firma dichiara di:

1. Essere in possesso di un un **Certificato COVID 2G+, 2G o 3G valido**<sup>1</sup>.
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 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, quali contatti con persone affette da COVID.
4. **Non aver appena terminato l'isolamento** e questo fino ad un minimo di 10 giorni dalla comparsa dei sintomi COVID o dalla data del tampone PCR positivo

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

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

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.

1

### Certificato COVID 2G+

- Persone vaccinate o guarite negli ultimi 4 mesi
- Persone vaccinate o guarite da più di 4 mesi + test negativo

### Certificato COVID 2G

Persone vaccinate o guarite

### Certificato COVID 3G

Persone vaccinate o guarite o con test negativo