**AUTOCERTIFICAZIONE COMUNE DI BEDANO**

Con la decisione del 19 giugno 2020 il Consiglio Federale ha adattato l’ordinanza sui provvedimenti per combattere l’epidemia di COVID-19 nella situazione particolare. Ai sensi di questa ordinanza, una persona che vuole presenziare a determinati eventi deve fornire i propri dati di contatto se le distanze scendono al di sotto della distanza obbligatoria per oltre 15 minuti senza misure di protezione. Questo vale anche per i minorenni.

L’organizzatore precisa che il mancato rispetto della distanza obbligatoria rappresenta un rischio maggiore di contagio. Lo scopo di un efficiente contact tracing è poter fornire, se necessario, questi dati al servizio cantonale competente, che può ordinare una quarantena. I dati di contatto vengono trattati in modo confidenziale e vengono cancellati dopo 14 giorni.

**Senza un'autocertificazione, l'accesso può essere negato!**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data evento** |        |
| **Genere evento** |        |
| **Nome e cognome** |        |
| **Luogo di residenza (CAP e città)** |        |
| **Tel. Mobile** |        |

**CHECK LIST SANITARIO PER IL CORONAVIRUS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stato di salute negli ultimi 14 giorni (crociare dove necessario)** | **S** | **N** |
| a) Ha presentato sintomi quali tosse, febbre, problemi alle vie respiratorie o perdita dell’olfatto o del gusto negli ultimi 14 giorni? |  |  |
| [ ]  | [ ]  |
| b) Qualcuno delle persone con cui vive o con cui è strettamente in contatto ha presentato qualcuno di questi sintomi? |  |  |
| [ ]  | [ ]  |
| c) Qualche persona con cui ha contatti intimi (es. abbracci, baci), ha presentato qualcuno di questi sintomi 48 ore dopo il contatto? |  |  |
| [ ]  | [ ]  |
|  |
| **Stato di salute attuale (crociare dove necessario)** |
| Ha al momento o ha avuto nelle ultime 48 ore qualcuno di questi sintomi? |
|  | **S** | **N** |  | **S** | **N** |  | **S** | **N** |
| a) Tosse (generalmente secca) |  |  | b) Mal di gola |  |  | c) Difficoltà respiratorie |  |  |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| d) Febbre, sensazione di febbre |  |  | e) Dolori muscolari |  |  | f) Perdita improvvisa dell’olfatto |  |  |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| g) Perdita improvvisa del gusto |  |  | h) Sintomi gastrointestinali(es. diarrea) |  |  | i) Mal di testa |  |  |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| j) Congiuntivite |  |  | k) Raffreddore |  |  |  |  |  |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Se la risposta a una di queste domande è “SÌ” è vietata l’entrata! La presenza è permessa solo se si consegna un Test del Covid-19 negativo e quest’ultimo permette la presenza.** |

Dichiaro di osservare rigorosamente le norme di comportamento e le istruzioni specifiche dell'organizzatore. Dichiaro di aver fornito le informazioni al meglio delle mie conoscenze e delle mie convinzioni e che sono corrette e complete. Sono consapevole del fatto che l'uso improprio può essere punito in base alla legislazione nazionale. Un comportamento scorretto comporterà l'esclusione dall'evento.

Data e firma:       Per minorenni:

Tutore legale