

Dichiarazione relativa al personale sanitario a contatto con pazienti / personale di assistenza a persone particolarmente a rischio

Vaccinazione contro la COVID-19 presso il centro cantonale per il personale sanitario e che presta assistenza

1. Dati personali

Nome:

Cognome:

Indirizzo:

Data di nascita:

Professione:

2. Indicazioni relative al luogo di lavoro

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Casa per anziani e di cura | <input type="checkbox"/> Studio medico |
| <input type="checkbox"/> Ospedale: RCI/IMC, reparto COVID-19,
Studio dentistico e di pronto soccorso | <input type="checkbox"/> Studio dentistico e di igiene dentale |
| <input type="checkbox"/> Ospedale / clinica: altri reparti | <input type="checkbox"/> Terapia/trattamento ambulatoriale (fisio.,
osteo., chiro., med. logo., ergo., podologia,
massaggio medico) |
| <input type="checkbox"/> Istituti medico-sociali con un'elevata quota
particolarmente a rischio | <input type="checkbox"/> Ostetriche ambulatoriali |
| <input type="checkbox"/> Soccorritori e ausiliari d'ambulanza | <input type="checkbox"/> Farmacia |
| <input type="checkbox"/> Spitex | |
| <input type="checkbox"/> Altri, ovvero: <input type="text"/> | |

Nome e luogo dell'istituzione:

3. Indicazioni relative all'attività

Descriva l'attività durante la quale ha regolarmente contatto diretto con pazienti e con persone particolarmente a rischio (nota: attività nel settore dell'amministrazione, del servizio tecnico, della pulizia ecc. non rientrano in questa categoria):

4. Conferma

☐ Conferma della persona stessa

Confermo di disporre di un'autorizzazione all'esercizio della professione conformemente alla legge sull'igiene pubblica cantonale e di avere regolarmente contatto diretto con pazienti o con persone particolarmente a rischio svolgendo la mia attività.

Data:

Firma

☐ Conferma del datore di lavoro

Confermiamo di disporre di un'autorizzazione all'esercizio della professione conformemente alla legge sull'igiene pubblica cantonale e che la persona summenzionata ha regolarmente contatto diretto con pazienti o con persone particolarmente a rischio svolgendo la sua attività.

Data:

Timbro e firma

Questo modulo deve essere compilato e firmato e portato con sé alla prima vaccinazione insieme a una conferma di appartenenza all'azienda (ad es. documento personale)!