

PREGHIAMO DI CONSEGNARE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE DEBITAMENTE COMPILATA E FIRMATA AL BANCO ACCOGLIENZA PRIMA DELL'INIZIO DEL DENTAL INNOVATION CONGRESS DEL 23 E 24 OTTOBRE 2020

Autocertificazione sul proprio stato di salute, misure per il contenimento della diffusione pandemica da COVID-19 e manleva

- (1) Con la presente dichiaro che attualmente non ho sintomi (febbre, mal di gola, tosse, mancanza di respiro, ecc.) riconducibili al COVID-19, che non sono in quarantena e che non ho sospetti su una mia possibile infezione da virus COVID-19.
- (2) Dichiaro altresì, con la presente, che rispetterò le misure di protezione contro il COVID-19 attualmente attuate dal governo federale svizzero, nonché il piano di protezione applicato al DENTAL INNOVATION CONGRESS in programma il 23 e 24 ottobre 2020 a Lugano presso l'Università della Svizzera italiana (USI). Mi impegno inoltre a rispettare le misure imposte dall'USI per contenere la diffusione della pandemia COVID-19.
- (3) Confermo inoltre di essere pienamente consapevole che, nonostante le misure e le protezioni messe in atto, la partecipazione al DENTAL INNOVATION CONGRESS del 23 e 24 ottobre 2020 è associata ad un rischio d'infezione da COVID-19 e che le autorità cantonali competenti possono ordinare la mia quarantena in caso di contatto con persone affette da COVID-19 durante lo svolgimento del DENTAL INNOVATION CONGRESS. Con la presente rinuncio espressamente al diritto di intraprendere procedimenti finalizzati alla richiesta di risarcimento danni, richieste di rimborso o altre pretese legate ad un'infezione da COVID-19 e/o ad una quarantena nei confronti di Intensiv SA, CH-6925 Montagnola, dei suoi collaboratori e di altre persone fisiche e giuridiche coinvolte nell'organizzazione e nella gestione del DENTAL INNOVATION CONGRESS, in data 23 e 24 ottobre 2020 (quali direzione scientifica, relatori, ecc.),.

Firmando il presente documento confermo quanto dichiarato nei paragrafi 1, 2 e 3, e prendo atto che la mia partecipazione al DENTAL INNOVATION CONGRESS del 23 e 24 ottobre 2020 non sarà autorizzata in presenza di sintomi (febbre, mal di gola, tosse, mancanza di respiro, ecc.) riconducibili al COVID-19, se sono soggetto a quarantena o se ho il sospetto di una mia possibile infezione da virus COVID-19.

Titolo / nome / cognome / codice postale / città

Luogo e data

Firma