



DICHIARAZIONE DI IMPOSSIBILITA' DI ESEGUIRE IN SICUREZZA I TAMPONI ANTIGENICI RAPIDI

IL SOTTOSCRITTO MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA COD. REG.

DOTT.

CON STUDIO IN VIA

CITTA'

ASSL

CON 2° STUDIO IN VIA

CITTA'

ASSL

DICHIARA

NON essere in possesso dei requisiti minimi di sicurezza previsti dalle norme vigenti, ai fini dell'espletamento dei compiti di cui all'ART.4 Integrazione ACN;

Io/gli studi in oggetto **NON SONO** struttura sanitaria soggetta all'autorizzazione all'esercizio di attività di diagnostica di laboratorio né dispongono di una area/zona specializzata per Microbiologia, Virologia, Immunologia, bensì trattasi di civile abitazione non soggetta ad autorizzazione;

non disporre di locali idonei per lo smaltimento e stoccaggio, per un tempo massimo di 5 giorni, di rifiuti speciali ad alto rischio infettivologico (Cat. B-UN 3291), quali quelli prodotti per l'effettuazione dei tamponi antigenici rapidi.

Non essendo, pertanto, garantite le indicazioni di sicurezza e tutela per operatori e pazienti di cui al Comma 8 Art. 4 Integrazione ACN, il/la sottoscritto/a **dichiara non sussistano le condizioni per ottemperare ai compiti di cui all'Art. 4 corrente Integrazione A.C.N.**

Qualora l'ASP richiedesse collaborazione all'effettuazione dei tamponi rapidi, in ottemperanza all'Art. 4 Integrazione A.C.N., chiedo di essere abilitato ad operare in zona protetta che non sia lo studio di MMG, ovvero aree determinate dall'ASP, e che la fornitura di idonei DPI debba essere fornita nel rispetto delle norme di legge (Circ. Min. San. 2302 del 27.01.2020 e Rapporto ISS del 28.3.2020 Utilizzo razionale delle protezioni per infezione SARS COV 19).

Il sottoscritto dichiara che l'idoneità fisica del MMG all'effettuazione dei tamponi rapidi sia valutata dal Medico Competente dell'azienda ASP.

In fede

Data / / 2020

Luogo

Timbro e firma