DICHIARAZIONE IMPOSSIBILITÀ EFFETTUAZIONE TAMPONI ANTIGENICI RAPIDI

IL SOTTOSCRITTO Dott/ Dott.ssa .....NATO A …… IL ……..RESIDENTE A ..... VIA …….. CITTA…….CAP…….

MEDICO DI MEDICINA GENERALE CONVENZIONATO PER L' ASSISTENZA PRIMARIA CON STUDIO IN
|__| VIA……. CITTA' …….REGIONE…….
ASL…….DISTRETTO……
|__| SECONDO STUDIO VIA .....CITTA' …….ASL…….DISTRETTO……. N° CODICE REGIONALE…….

DICHIARA

- che i locali dell'ambulatorio di assistenza primaria NON hanno i requisiti minimi di sicurezza e biocontenimento previsti dalle norme vigenti, ai fini dell'espletamento dei compiti previsti dall'ART.4 dell'ACN del 30 ottobre 2020;

- che l'ambulatorio in questione, pur essendo struttura sanitaria, non è idonea all'esercizio di attività di diagnostica di laboratorio né dispone di una area/zona specializzata per microbiologia, virologia, immunologia. E non dispone di locali idonei per lo smaltimento e stoccaggio di rifiuti speciali ad alto rischio infettivologico, quali quelli prodotti dalle metodiche connesse all' effettuazione dei tamponi diagnostici rapidi e/ o di altri test di sovrapponibile capacità diagnostica;

- di non aver ricevuto idonei DPI.

Visto il citato art. 4 co. 5 e 7, dell'ACN del 30 ottobre 2020, considerate le condizioni logistiche l'attività non può quindi essere erogata nel rispetto della sicurezza e di tutela degli operatori e dei pazienti

In fede

_____

Firma

Data e luogo…….