DÉCLARATION INDIVIDUELLE DE RÉALISATION DE TESTS RAPIDES D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE ANTIGÉNIQUES DANS LE DÉPARTEMENT DE LA GIRONDE HORS DU LIEU D'EXERCICE HABITUEL EN APPLICATION DE L'ARTICLE 22 DE L'ARRÊTÉ DU 10 JUILLET 2020 MODIFIÉ

Je soussigné

- ,
[NOM, prénom] *[profession autorisée à réaliser les TAG]*
- inscrit sous le numéro au tableau de l'Ordre National des -
- exerçant à titre habituel à/au

[insérer nom éventuel du cabinet ou de l'officine + adresse]

déclare par la présente réaliser des tests rapides d'orientation diagnostique antigéniques nasopharyngés de détection du SARS-CoV-2.

Cette /ces opération(s) sera/seront réalisée(s) :

- le
- ou du au
- Dans le ou les lieux suivants :

[insérer adresse du point temporaire de dépistage]

Je m'engage à respecter les conditions figurant à l'annexe 2 de l'article 26-1 de l'arrêté du 10 juillet 2020 modifié afin de garantir un niveau de qualité et de sécurité sanitaire suffisant de l'opération visée par la présente ainsi que toutes les dispositions législatives et réglementaires en vigueur applicables à la réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique antigéniques et garantis l'enregistrement de ces résultats, le jour même, dans le système dénommé « SI- DEP » institué par le décret du 12 mai 2020 susvisé.

Je m'engage, en tant que de besoin, à solliciter l'autorisation d'occupation du domaine public auprès de l'autorité compétente et à ne pas commencer la ou les opération(s) tant que celle-ci n'aura pas été délivrée.

Fait à le

Signature

*à retourner à la préfecture de la Gironde : **pref-mvs@gironde.gouv.fr***