

**DECLARATION PREALABLE POUR LES OPERATIONS DE DEPISTAGE COLLECTIF ORGANISEES EN APPLICATION DE L’ARTICLE 26-1 DE L’ARRETE DU 10 JUILLET 2020 MODIFIE**

Je soussigné(e) (nom, prénom, date et lieu de naissance, fonction), responsable légal de l’entité suivante :

(Structure/Entreprise/Collectivité)

(RAISON SOCIALE, NUMERO FINESS le cas échéant)

(Adresse)

(Téléphone)

(Adresse mail)

organise l’opération de dépistage collectif suivante :

* Population concernée : (*périmètre populationnel, contexte particulier justifiant d’une opération de dépistage collectif, etc.*)
* Estimation du nombre total de personnes à tester : *renseigner*
* Lieu (x) de réalisation de l’opération : *renseigner*
* PS de santé responsable de l’opération : qualité, nom, prénom, n° RPPS/ADELI
* Modalités de réalisation de l’opération :
* Test AntiGéniques
* RT-PCR, *si oui, LBM partenaire* : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

*(Partenaires impliqués, Organisation mise en place, appui sur les services de médecine de prévention, appel à des professionnels de santé libéraux du territoire, mobilisation de ressources paramédicales, étudiantes associatives, …)*

* Date ou période : Cette /ces opération(s) sera/seront réalisée(s) :
* le XX-XX-XXXX OU du XX-XX-XXXX au XX-XX- XXXX
* horaires : XXXXX
*

**Ces tests seront réalisés sous la responsabilité d’un professionnel de santé autorisé et formé.**

Je m’engage à ce que les conditions de l’opération respectent celles prévues 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 ainsi que toutes les dispositions législatives et réglementaires en vigueur applicables à la réalisation de tests rapides d’orientation diagnostique antigéniques.

Je m’engage à ce qu’elles garantissent l’enregistrement des résultats, le jour même, dans le système dénommé « SI-DEP » institué par le décret du 12 mai 2020.

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 le XX/XX/XXXX

A XXXXXX

 Signature

*La liste des tests dont la prise en charge par l’assurance maladie est prévue est disponible sur la plateforme gouvernementale* [*https://covid-19.sante.gouv.fr/tests*](https://covid-19.sante.gouv.fr/tests)

**A envoyer à :**

ars-oc-covid-ville-tests@ars.sante.fr

Les opérations collectives de dépistage autorisées en application du V de l'article 26 dans sa version en vigueur au 16 octobre 2020 restent soumises aux protocoles prévus en annexe du même article.

[Arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé - Version en vigueur au 16 octobre 2020](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000042106233/2020-10-16/)