

**DECLARATION DE REALISATION DE TESTS RAPIDES D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE ANTIGENIQUES NASOPHARYNGES DE DETECTION DU SARS-COV-2 HORS DU LIEU D’EXERCICE DES PROFESSIONNELS**

Je soussigné(e) (nom, prénom, n° RPPS/ADELI, date et lieu de naissance)

titulaire du diplôme d’État de (Pharmacien, Médecin, Infirmier diplômé d’Etat) délivré le XXX par XXX (indiquer la Faculté),

Déclare encadrer la réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique antigéniques nasopharyngés de détection du sars-cov-2 hors de mon lieu d’exercice habituel.

Adresse du lieu d’exercice habituel : **XXX**

Adresse du lieu de réalisation des tests antigéniques : **XXX**

Type de lieu (salle, installation temporaire,…) : **XXX**

Jours et heures d’ouverture au public : **XXX**

**Date d’ouverture : XXX**

**Date de fermeture : XXX**

Le cas échéant :

 Le lieu est mis à disposition par l’entité suivante : **XXX**

 L’installation a fait l’objet d’une autorisation d’occupation du domaine public auprès de l’autorité compétente

**Ces tests seront réalisés sous ma responsabilité.**

Je m’engage à respecter les obligations et à offrir les garanties suffisantes de qualité et de sécurité sanitaire prévues par l’arrêté du 10 juillet 2020 modifié susvisé, et notamment dans le II de l’article 26-1 et son annexe.

 Fait le XX/XX/XXXX

A XXXXXX

 Signature

**A envoyer à :**

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

**Copie :**

* Votre conseil départemental de l’ordre
* Votre URPS :
	+ URPS Médecins Occitanie : lmaury@urpslrmp.org
	+ URPS IDE Occitanie : contact@urpsinfirmiers-occitanie.fr
	+ URPS Pharmaciens Occitanie : contact@urpspharmaciens-occitanie.fr



**DECLARATION DE REALISATION COLLECTIVE DE TESTS RAPIDES D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE ANTIGENIQUES NASOPHARYNGES DE DETECTION DU SARS-COV-2 HORS DU LIEU D’EXERCICE DES PROFESSIONNELS**

Nous soussignons

* **nom…………………………………………………………. Prénom……………………………………………………………..**

n° RPPS/ADELI……………………………………., date et lieu de naissance…………………………………….…………………………….

titulaire du diplôme d’État de (Pharmacien, Médecin, Infirmier diplômé d’Etat) délivré le …………………………….. par la Faculté de…………………………………….…………..

Adresse du lieu d’exercice habituel : ……………………………………………………………….……………………………………………..

* **nom…………………………………………………………. Prénom……………………………………………………………..**

n° RPPS/ADELI……………………………………., date et lieu de naissance…………………………………….…………………………….

titulaire du diplôme d’État de (Pharmacien, Médecin, Infirmier diplômé d’Etat) délivré le ………………….………….. par la Faculté de…………………………………….…………..

Adresse du lieu d’exercice habituel : ……………………………………………………………….……………………………………………..

* **nom…………………………………………………………. Prénom……………………………………………………………..**

n° RPPS/ADELI……………………………………., date et lieu de naissance…………………………………….…………………………….

titulaire du diplôme d’État de (Pharmacien, Médecin, Infirmier diplômé d’Etat) délivré le …………………………….. par la Faculté de …………………………………….…………..

Adresse du lieu d’exercice habituel : ……………………………………………………………….……………………………………………..

* **nom…………………………………………………………. Prénom……………………………………………………………..**

n° RPPS/ADELI……………………………………., date et lieu de naissance…………………………………….…………………………….

titulaire du diplôme d’État de (Pharmacien, Médecin, Infirmier diplômé d’Etat) délivré le …………………………….. par la Faculté de …………………………………….…………..

Adresse du lieu d’exercice habituel : ……………………………………………………………….……………………………………………..

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

Adresse du lieu de réalisation des tests antigéniques : …………………………………….……………..………………………………….

Type de lieu (salle, installation temporaire,…) : …………………………………….……………..………………………………….

Jours d’ouverture au public :

⬜ Lundi ⬜ mardi ⬜ mercredi ⬜ jeudi ⬜ vendredi ⬜ samedi ⬜ dimanche

heures d’ouverture au public : …………………………………….……………..………………………………….

**Date d’ouverture :** …………………………………….…………..  **Date de fermeture :** …………………………………….…………..

Le cas échéant le lieu est mis à disposition par l’entité suivante : …………………………………….……………………………..

**Ces tests seront réalisés sous notre responsabilité.**

Nous nous engageons 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 et garantissons l’enregistrement de ces résultats, le jour même, dans le système dénommé « SI-DEP » institué par le décret du 12 mai 2020 susvisé.

Nous nous engageons, 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 …………………………………………….

Signatures

**A envoyer à :** ars-oc-covid-ville-tests@ars.sante.fr

**Copie :** Votre conseil départemental de l’ordre

* Votre URPS :
	+ URPS Médecins Occitanie : lmaury@urpslrmp.org
	+ URPS IDE Occitanie : contact@urpsinfirmiers-occitanie.fr
	+ URPS Pharmaciens Occitanie : contact@urpspharmaciens-occitanie.fr