



**Sede nazionale Via Livorno, 36 Roma 00162**

**<http://sindacatomedicitaliani.it/>**

**DICHIARAZIONE NON DISPONIBILITA' EFFETTUAZIONE TAMPONI ANTIGENICI  
RAPIDI DI CUI ALL'ART.4 INTEGRAZIONI ACN  
PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MMG**

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**

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

Lo/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** essere mai stato fornito di idonei DPI ( *circ. MIn San 2302 del 27/1/2020 et Rapporto ISS del 28.3.2020 Utilizzo razionale delle protezioni per infezione SARS COV 19*);

**Non** disporre di locali idonei per lo smaltimento e stoccaggio , per un tempo max di 5 gg, di rifiuti speciali ad alto rischio infettivologico ( Cat. B-UN 3291), quali quelli prodotti dalle metodiche connesse all' effettuazione dei tamponi diagnostici rapidi e/ o di altri test di sovrapponibile capacità diagnostica.

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 sottoscritta dichiara non sussistere le condizioni per ottemperare ai compiti di cui all' ART. 4 corrente Integrazione ACN.

In fede

\_\_\_\_\_  
Firma

Data e luogo.....