

**DECLARATION INDIVIDUELLE DE REALISATION DE TESTS RAPIDES D'ORIENTATION
DIAGNOSTIQUE ANTIGENIQUES HORS DU LIEU D'EXERCICE HABITUEL EN
APPLICATION DE L'ARTICLE 22 DE L'ARRETE DU 10 JUILLET 2020 MODIFIE**

Je soussigné *NOM, Prénom* _____

Inscrit au tableau de l'Ordre des Pharmaciens sous le Numéro _____

Exerçant à titre habituel au [*nom 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 (date) ____/____/2020

- ou du ____/____/2020 au ____/____/2020

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 ____/____/2020

Signature