



## Regione Umbria

Giunta Regionale

### AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'INSERIMENTO NELL'ELENCO REGIONALE DEI LABORATORI CHE EFFETTUANO IL TEST ANTIGENE PER SARS-CoV-2

**Dichiarazione sostitutiva di certificazioni e dell'atto di notorietà,  
art. 46 e art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445**

Marca da bollo  
da 16,00 Euro

**STAMPARE** il presente modulo, **FIRMARLO**, **APPORRE** la marca da bollo sull'apposito spazio, annullarla con un segno, **SCANSIONARE** il modulo e **INVIARLO** via pec, unitamente agli allegati.  
**CONSERVARE** questo documento al fine di poterlo esibire nel caso l'Amministrazione ne faccia richiesta

Al Dirigente del Servizio Prevenzione Sanità veterinaria e sicurezza alimentare, Direzione regionale Salute e Welfare, Regione Umbria, Palazzo Broletto, Via Mario Angeloni 61, 06124 Perugia.  
[direzionesanita.regione@postacert.umbria.it](mailto:direzionesanita.regione@postacert.umbria.it)

...l... sottoscritt... COGNOME..... NOME.....  
NATO A ..... IL ..... CODICE FISCALE.....  
RESIDENTE IN ..... INDIRIZZO .....  
TELEFONO ..... PEC ..... EMAIL .....

#### CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura finalizzata all'inserimento nell'Elenco regionale dei laboratori che effettuano il test antigene per SARS-CoV-2 di cui alla DGR 915/2020.

#### e a tal fine **DICHIARA**

sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza delle conseguenze previste dalla legge per falsità e dichiarazioni mendaci (Art. 76 D.P.R. n. 445/2000: "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal Testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia..." Art. 75 "... Qualora dai controlli effettuati dalla Pubblica Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera"):

#### 1) di essere il legale rappresentante (titolare in caso di studio medico) di:

- **Denominazione e ragione sociale della struttura/ambulatorio/studio medico/punto prelievo:**

.....  
con sede in ..... INDIRIZZO .....  
CODICE FISCALE..... P. IVA .....  
TELEFONO ..... PEC ..... EMAIL .....

- **Autorizzazione** all'esercizio di attività sanitaria o socio-sanitaria ai sensi del regolamento regionale 2 agosto 2017, n. 6, rilasciata con determinazione regionale del..... n.....  
ovvero a seguito di SCIA presentata in data .....

- **tipologia: (barrare una sola opzione)**

strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti, autorizzate ai sensi dell'art. 1 comma 2 lettera a) del Regolamento regionale 02/08/2017, n. 6;

- strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno, autorizzate ai sensi dell'art. 1 comma 2 lettera b) del R.R. 6/2017;
- ambulatori (laboratori), autorizzati ai sensi dell'art. 1 comma 2 lettera c) del Regolamento regionale 02/08/2017, n. 6;
- ambulatori medici, non ricompresi nell'art. 1 comma 2 lettera c) punto 1) del R.R. 6/2017, autorizzati ai sensi dell'art. 1 comma 3 lettera a) del R.R. 6/2017;
- studi medici, singoli o associati, autorizzati ai sensi dell'art. 1 comma 3 lettera b) del R.R. 6/2017.

**2) che il/i medico/i o biologo/i abilitato/i ad effettuare la refertazione è/sono:**

1) COGNOME..... NOME.....  
 NATO A ..... IL ..... CODICE FISCALE.....  
 ISCRITTO AL N..... DELL'ORDINE .....

2) COGNOME..... NOME.....  
 NATO A ..... IL ..... CODICE FISCALE.....  
 ISCRITTO AL N..... DELL'ORDINE .....

3) COGNOME..... NOME.....  
 NATO A ..... IL ..... CODICE FISCALE.....  
 ISCRITTO AL N..... DELL'ORDINE .....

4) COGNOME..... NOME.....  
 NATO A ..... IL ..... CODICE FISCALE.....  
 ISCRITTO AL N..... DELL'ORDINE .....

*(aggiungere altri campi se necessario)*

Ovvero, in caso di **punto prelievo**, indicare **struttura/laboratorio/studio medico**, in cui è presente il personale abilitato alla refertazione, presso cui si intendono inviare i campioni prelevati al fine dell'esame degli stessi:

denominazione.....  
 con sede in ..... INDIRIZZO .....  
 CODICE FISCALE..... P. IVA .....  
 TELEFONO ..... PEC ..... EMAIL .....

Autorizzato all'esercizio di attività sanitaria o socio-sanitaria ai sensi del regolamento regionale 2 agosto 2017, n. 6, con determinazione regionale del..... n.....  
 ovvero a seguito di SCIA presentata in data .....

**3) di impegnarsi** a rispettare le raccomandazioni contenute nel Rapporto ISS COVID-19 n. 11/2020 "Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/rino-faringeo per la diagnosi di COVID-19", per ciò che riguarda il prelievo del campione biologico attraverso tampone oro/rinofaringeo, l'etichettatura, la conservazione e le modalità di confezionamento e spedizione;

**4) di impegnarsi** a rispettare quanto previsto nelle "DISPOSIZIONI PER L'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENE PER SARS-COV-2 SU TAMPONE ORO/RINO-FARINGEO" (allegato 2 alla DGR 915/2020) e in particolare, al fine di evitare possibili interferenze nei percorsi di tutela della salute pubblica, di impegnarsi ad effettuare un attento triage, al fine di escludere dall'effettuazione del tampone i soggetti che rientrano nelle categorie che devono essere prese in carico dalla sanità pubblica;

**5) di aver preso visione di quanto contenuto nella DGR 915/2020 e nell'Avviso e, in particolare, dell'informativa sul trattamento dei dati personali.**

Data .....

Firma.....

*Il documento può essere firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate oppure va apposta la firma autografa nel documento cartaceo ALLEGANDO, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la copia fotostatica del documento d'identità.*