

**FORMULAIRE PROVISOIRE DE 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 (NOM, prénom) :
représentant légal (employeur/collectivité publique) :
organise l'opération de dépistage collectif suivante :

Population concernée :

- périmètre populationnel (cible) :
- contexte particulier justifiant d'une opération de dépistage collectif (suspicion de cluster ou circulation particulièrement active du virus) :

.....
.....
.....
.....

Estimation du nombre total de personnes à tester :

Lieu (x) de réalisation de l'opération :
.....
.....

Modalités de réalisation de l'opération : (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,...) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Qualité des personnes réalisant les tests (médecin, infirmier, pharmacien ou une des personnes mentionnées aux IV et V de l'article 25 de l'arrêté du 10 juillet 2020 modifié) :
.....
.....

Nom(s), prénom(s) et qualité(s) de la ou des personnes présente(s) tout au long de l'opération et responsable(s) du rendu des tests (médecin, pharmacien ou infirmier) :

.....
.....
.....

Date ou période : Cette /ces opération(s) sera/seront réalisée(s) :

o le/...../.....(jour/mois/année)
o ou du/...../..... au/...../.....

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 à le

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> .

Merci d'envoyer ce formulaire avec accusé de réception à la préfecture au minimum 48h avant la date de dépistage prévue à l'adresse suivante : pref-depistage-covid19@savoie.gouv.fr