



DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

Via _____ n° _____

Codice fiscale _____

In qualità di Direttore Sanitario della struttura _____

Sita a _____ in Via _____

DICHIARA CHE

- **Ai sensi della nota dell'assessorato della salute n. 33287 d3el 25/09/2020 il numero presunto di tamponi rapidi su card per la rilevazione qualitativa di antigeni specifici per SARS CoV2 necessari mensilmente alla sopraindicata struttura, sulla base dei dati dei pazienti ricoverati.**
- **I tamponi rapidi su card verranno effettuati esclusivamente ai pazienti in trattamento.**

Dichiara inoltre di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. N. 445 del 28/12/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 71 del citato D.P.R. N 445 del 28/12/2000.

Data _____

Firma _____