

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(ART. 46 D.P.R. 28/12/2000 N. 445)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o comunque non rispondenti a verità e consapevole del divieto di utilizzo da parte di soggetti privi di una valida qualifica di "operatore sanitario" dei Test Rapidi VivaDiag (Antigene SARS-CoV-2 e SARS-CoV-2 IgM/IgG) e delle conseguenze, civili, penali e amministrative previste dalla legge in caso di violazione di tale divieto,

**D I C H I A R O**

di possedere la qualifica professionale di OPERATORE SANITARIO necessaria ai sensi di legge per l'utilizzo dei Test Rapidi VivaDiag (Antigene SARS-CoV-2 e SARS-CoV-2 IgM/IgG) e che tale acquisto viene effettuato per finalità ed utilizzo esclusivamente professionali, nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa al riguardo. Con la presente dichiarazione, assumo pertanto tutte le responsabilità, professionali e di legge, conseguenti ed inerenti all'acquisto e all'uso dei suddetti dispositivi.

\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE (Firma)

\_\_\_\_\_