

До

Национален център по заразни и паразитни болести
Бул. „Янко Сакъзов“ № 26
1504 София
Деловодство

ДЕКЛАРАЦИЯ

Име на зав. лаборатория:.....

Име на лечебното заведение:.....

Име на лабораторията:.....

Аз, долуподписаният:

удостоверявам, че ръководената от мен лаборатория отговаря на условията за осъществяването на микробиологична работа с биологични агенти от група 3 – *M.tuberculosis*, съгласно Наредба № 4/14.10.2002 на МТСГ и МЗ за защита на работещите от рискове, свързани с експозиция на биологични агенти при работа (обн. ДВ бр.105/8.11.2002 г.) и „*Методическо указание за микробиологична диагностика на туберкулозата*”, утвърдено със заповед № РД-01-72/10.03.2016г. на министъра на МЗ.

Декларирам, че изследването е извършено от мен или моят екип; в ръководената от мен микробиологична лаборатория; при условия, отговарящи на посочените по-горе документи и правилата за техника на безопасна работа, използвайки лични и колективни предпазни средства (съобразно вида на заявения Външен контрол: респираторни предпазни маски; ръкавици; предпазно работно облекло и обувки; ламинарен бокс, клас 2; антиаерозолна центрофуга и т.н.).

Зав. лаборатория:.....

(подпис и печат)

Дата: