



**REQUISITI PROFESSIONALI PER ATTIVITÀ DI SERVIZI ALLA PERSONA**

**Acconciatore**

3.1

Responsabile tecnico designato ai sensi dell' art. 3, c. 5, della Legge 174/05:

in qualità di:  Titolare  Socio partecipante al lavoro  Familiare coadiuvante / collaboratore/dipendente dell'impresa

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. | |

Residenza: Comune \_\_\_\_\_ Prov. | |

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. | | | | |

in possesso della qualificazione professionale di acconciatore rilasciata da:

\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Estetista**

3.2

in qualità di:  Titolare  socio  Familiare coadiuvante / collaboratore/dipendente dell'impresa

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. | |

Residenza: Comune \_\_\_\_\_ Prov. | |

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. | | | | |

in possesso della qualificazione professionale di estetista di cui alla legge 1/90 rilasciata da:

\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Si impegna ad utilizzare apparecchi elettromeccanici per uso estetico che rientrano nell'elenco allegato alla legge 1/90 e ad utilizzare locali, attrezzature e prodotti conformi ai requisiti definiti nel regolamento comunale e comunque ai requisiti minimi di cui al Decreto D.G. Sanità 13 marzo 2003, n. 4259

**Esecuzione di tatuaggio e piercing**

3.3

in qualità di:  Titolare  socio  Familiare coadiuvante / collaboratore/dipendente dell'impresa

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. | |

Residenza: Comune \_\_\_\_\_ Prov. | |

Via, Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. | | | | |

in possesso di attestato relativo al corso di formazione per l'attività rilasciato da:

\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Si impegna al rispetto delle norme igienico-sanitarie applicabili all'attività ed alle indicazioni di cui al Decreto D.G. Sanità 27 aprile 2004 n. 6932 nell'esercizio dell'attività.