



**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 norma igienico-sanitarie applicabili all'attività ed alle indicazioni di cui al Decreto D.G. Sanità 27 aprile 2004 n. 6932 nell'esercizio dell'attività.