

**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'impresaCognome \_\_\_\_\_ 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'impresaCognome \_\_\_\_\_ 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'impresaCognome \_\_\_\_\_ 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.