

 MODULISTICA REGIONALE UNIFICATA S.C.I.A. - SCHEDA 3	Allegato alla segnalazione di C.F. _____
--	---

REQUISITI PROFESSIONALI PER ATTIVITÀ DI SERVIZI ALLA PERSONA

<input type="checkbox"/> Acconciatore Responsabile tecnico designato ai sensi dell' art. 3, c. 5, della Legge 174/05: in qualità di: <input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Socio partecipante al lavoro <input type="checkbox"/> Familiare coadiuvante / collaboratore/dipendente dell'impresa Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____ Data di nascita: ____ / ____ / ____ Cittadinanza: _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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 ____ / ____ / ____	3.1
--	------------

<input type="checkbox"/> Estetista in qualità di: <input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> socio <input type="checkbox"/> Familiare coadiuvante / collaboratore/dipendente dell'impresa Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____ Data di nascita: ____ / ____ / ____ Cittadinanza: _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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	3.2
---	------------

<input type="checkbox"/> Esecuzione di tatuaggio e piercing in qualità di: <input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> socio <input type="checkbox"/> Familiare coadiuvante / collaboratore/dipendente dell'impresa Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____ Data di nascita: ____ / ____ / ____ Cittadinanza: _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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 rilasciata 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.	3.3
--	------------