Regione Lombardia

MODULISTICA REGIONALE UNIFICATA

S.C.I.A. - SCHEDA 3

Allegato alla segnalazione di

C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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.