



**MODULISTICA
REGIONALE UNIFICATA
S.C.I.A. - SCHEDA 3**

Allegato alla segnalazione di

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

REQUISITI PROFESSIONALI PER ATTIVITÀ DI SERVIZI ALLA PERSONA

☐ **Acconciatore**
 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

3.1

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 ____ / ____ / ____

<input type="checkbox"/> Estetista		3.2
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

☐ **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.