

 <p><b>MODULISTICA REGIONALE UNIFICATA</b> <b>S.C.I.A. - SCHEDA 3</b></p>	Allegato alla segnalazione di C.F. <input style="width: 100%;" type="text"/>
REQUISITI PROFESSIONALI PER ATTIVITÀ DI SERVIZI ALLA PERSONA	
3.1	
<input type="checkbox"/> <b>Acconciatore</b> 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 <input style="width: 100%;" type="text"/> Data di nascita: ___ / ___ / ___    Cittadinanza: _____    Sesso    M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Luogo di nascita:    Stato _____    Comune _____    Prov. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Residenza:    Comune _____    Prov. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
in possesso della qualificazione professionale di acconciatore rilasciata da: _____ in data ___ / ___ / _____	
3.2	
<input type="checkbox"/> <b>Estetista</b> in qualità di: <input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> socio <input type="checkbox"/> Familiare coadiuvante / collaboratore/dipendente dell'impresa	
Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale <input style="width: 100%;" type="text"/> Data di nascita: ___ / ___ / ___    Cittadinanza: _____    Sesso    M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Luogo di nascita:    Stato _____    Comune _____    Prov. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Residenza:    Comune _____    Prov. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
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	
3.3	
<input type="checkbox"/> <b>Esecuzione di tatuaggio e piercing</b> in qualità di: <input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> socio <input type="checkbox"/> Familiare coadiuvante / collaboratore/dipendente dell'impresa	
Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale <input style="width: 100%;" type="text"/> Data di nascita: ___ / ___ / ___    Cittadinanza: _____    Sesso    M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Luogo di nascita:    Stato _____    Comune _____    Prov. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Residenza:    Comune _____    Prov. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
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.	
ID pratica MUTA: .....	S.C.I.A. - SCHEDA 3 - Pag. 1