

## Dipartimento di Prevenzione

Corso A. De Gasperi n° 167 – Castellammare di Stabia

Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Tel. 081/8729021 – Fax 081/8729533

e-mail: dippr.sisap@aslnapoli3sud.it

Prot. n° 1629 /SISaP

li, 14 dicembre 2016

ASL NA 3 SUD  
UOPC 50

PROT. N°

6225

DEL

15/12/2016

Ai Responsabili UUOOPC

S E D I

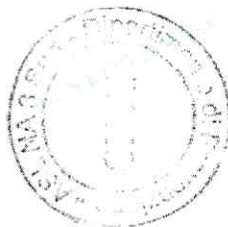
Oggetto: Corsi per operatori di tatuaggi e piercing – Comunicazione.

Al fine di fornire all'utenza indicazioni chiare e corrette in merito allo svolgimento dei corsi in oggetto, si trasmette il modello di domanda di iscrizione e l'elenco dei documenti necessari da allegare:

- Copia di attestato di qualificazione rilasciato dalla Regione Campania e/o Istituto autorizzato;
- Copia documento di riconoscimento;
- Copia del codice fiscale;
- Copia del titolo di studio.

Una volta approntato, il tutto deve pervenire via e-mail a questo Servizio.

Distintamente



IL DIRETTORE SISaP  
(Dr. Adele Carotenuto)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA' FORMATIVA PER OPERATORE DI TATUAGGI E PIERCING  
(Delibera G.R.C. n° 157/2010)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_ ( ) alla via \_\_\_\_\_  
n° civ. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ telefono n° \_\_\_\_\_ in possesso dell'attestato di  
qualifica professionale rilasciato da:

E-Mail: \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso/a a frequentare il Corso Formativo Obbligatorio per Operatori di TATUAGGIO e/o PIERCING finalizzato all'acquisizione di conoscenze igienico-sanitarie e di prevenzione in relazione ai rischi di infezione e di danno all'apparato cutaneo:

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

di esercitare già l'attività di tatuaggio e/o piercing nel Comune di \_\_\_\_\_  
prov. di \_\_\_\_\_

di non esercitare l'attività di tatuaggio e/o piercing

Domicilio al quale desidera ricevere eventuali comunicazioni (ove diverso dalla residenza):

\_\_\_\_\_

Distinti saluti

\_\_\_\_\_  
(Firma per esteso - leggibile)

\_\_\_\_\_ li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Allega:

- diploma di scuola dell'obbligo, attestato di qualifica professionale all'attività (ovvero autocertificazione (art.46 DPR 445/2000 e s.m.)
- copia documento di identità valido; copia codice fiscale.

Informativa sulla privacy - T.U.30/06/2003 n° 196 (Codice della privacy)

Ai sensi della richiamata normativa, si informa che il trattamento dei suoi dati personali da parte di questa ASL NA SUD- titolare del trattamento - con sede in Corso A. De Gasperi n° 167 - Castellammare di Stabia - avviene esclusivamente per l'espletamento delle procedure relative al Corso per il rilascio dell'Attestato di Formazione obbligatoria per esercenti le attività di Tatuaggio e/o Piercing. (D.G.R.C. n° 157/2010).

Autorizzazione al trattamento dei dati personali.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Si avverte che le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti al vero sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia - articolo 76 (L) - D.P.R. 28/12/2000 n° 445.