

Unita Operativa Prevenzione Collettiva n. ....

.....  
Check list Centri di estetica artigianale – tatuaggi e piercing

Verbale di Ispezione del .....

Il giorno ..... mese ..... Anno ..... Alle ore ..... i sottoscritti \_\_\_\_\_

*Operatori del servizio Igiene e Sanità Pubblica ASL NA 3 Sud hanno effettuato una ispezione presso il centro di estetica artigianale/laboratorio Tatuaggi e piercing :*

Titolare sig. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ della ditta \_\_\_\_\_

dom.to/sede legale \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

per l'attività di \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_ p.IVA \_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

presente all'ispezione il sig.: .....

nato a..... (.....) il....., identificato con

doc. riconoscimento: ..... rilasciato da ..... il .....

il quale, costantemente presente all'ispezione si è qualificato come: .....

**Descrizione dell'attività :** \_\_\_\_\_ insegna: \_\_\_\_\_

**Descrizione dei locali** (dimensione, illuminazione, aerazione, umidità): \_\_\_\_\_

Servizi igienici, spogliatoi N°: ..... Idonei? **SI**  **NO**

Altezza locali laboratorio - **Regolare**  - **Non regolare**  : **Deroga Si**  **No (si prescrive)**

Iscrizione all'Albo Provinciale delle Imprese artigiane ai sensi della L. 443/85 **SI (allegare)**  **No**

➤ Autorizzazione Sindacale  **SI (allegare)**  **No**

➤ Se attività di estetista Aut. Sindacale Ai sensi della L. 1 del 4 gennaio 1990  **SI**  **No**

➤ Se attività di Tatuaggio e piercing è, anche in possesso di attestato di specifico corso formativo, rilasciato dall'ASL  **SI**  **No**

➤ Se attività di Tatuaggio e piercing , è in possesso di attestato di qualifica alla professione  **SI**  **No**

- Se si esercita attività di tatuaggio e piercing i locali ispezionati sono conformi a quanto previsto dalla DGRCampania n. 157/2010:  SI  No

**La struttura in cui si svolgono le attività di tatuaggio e/o piercing, deve essere dotata di autorizzazione comunale rilasciata previo parere igienico-sanitario del Dipartimento di Prevenzione della ASL competente. Ai sensi delle circolari Ministero della Sanità n 2.8.156 del 5.2.1998 e n 2.8.633 del 16.7.1998 contenenti "Prime disposizioni normative per l'esercizio di tatuaggi e piercing - linee guida" e del decreto legislativo n 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e successive mm.ii.,**

la struttura possiede i seguenti requisiti?:

- a) locale per l'attesa, con spazio riservato all'accettazione ed alla amministrazione:  SI  No
- b) servizi igienici dotati di antibagno, distributore automatico di sapone liquido e di asciugamani elettrico o monouso; [dotazione minima un unico servizio igienico per operatori e clienti];  SI  No
- c) locale per la esecuzione delle procedure di tatuaggio e/o piercing con :
- spazio riservato a spogliatoio per gli utenti.  SI  No [A tale scopo può essere destinato anche un apposito locale, se provvisto di accesso diretto al locale dove si praticano le attività];
  - un lavandino dotato di rubinetti con sistema di apertura non manuale;  SI  No

Inoltre, il locale possiede:

- superficie non inferiore a mq.16:  SI  No [ove possono trovarsi idonea allocazione una zona per la pulizia, sterilizzazione e disinfezione del materiale non monouso mediante idonea apparecchiatura (autoclave, ecc) e armadi a chiusura ermetica per la conservazione di materiali puliti e sterilizzati. In caso di possibile allocazione in altri locali delle richiamate funzioni, l'ampiezza del locale per la esecuzione delle procedure di tatuaggi e piercing può ridursi a 10 mq. Tali parametri si riferiscono a strutture presso le quali esercita un solo tatuatore / piercer; per ogni unità operativa in più vanno previsti ulteriori mq 6. ]
  - altezza non inferiore a m. 2,70:  SI  No [fatte salve le diverse disposizioni contenute nei regolamenti edilizi comunali]
  - pavimento e pareti sono rivestiti, senza soluzione di continuità, con materiale di facile detersione; in particolare le pareti sono rivestite (preferibilmente a tutta altezza) per una misura non inferiore a 1,80m.:  SI  No
  - è assicurata adeguata areazione, nonché adeguata illuminazione naturale ed artificiale;  SI  No
- ) gli impianti idro-termosanitari ed elettrici sono rispondenti ai requisiti previsti dalle vigenti normative.  SI  No

OTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IFIUTI speciali derivanti dall'attività (formulari di identificazione rifiuti) Assenti  -- Presenti**

**L. n. 201/2011 (Decreto "Salva Itali") convertito in Legge n. 214/2011**

modalità di smaltimento : DITTA: \_\_\_\_\_

**Tabella elenco degli apparecchi elettromeccanici per uso estetico,  
allegato al Decreto Interministeriale di cui all'art. 10 comma 1° della Legge 1/90**

- |                                                                                                                                                                       |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1) Vaporizzatore con vapore normale e ionizzato non surriscaldato.                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2) Stimolatori ad ultrasuoni e stimolatori a micro correnti.                                                                                                          | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3) Disincrostante per pulizia con intensità non superiore a 4 mA.                                                                                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4) Apparecchio per l'aspirazione dei comedoni con cannule e con azione combinata per la levigatura della pelle con polvere minerale o fluidi o materiali equivalenti. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5) Doccia filiforme ad atomizzatore con pressione non superiore a 80 kPa.                                                                                             | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6) Apparecchi per massaggi meccanici al solo livello cutaneo, per massaggi elettrici con oscillazione orizzontale o rotazione.                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7) Rulli elettrici e manuali.                                                                                                                                         | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 8) Vibratori elettrici oscillanti.                                                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 9) Apparecchi per massaggi meccanici o elettrici picchiettanti.                                                                                                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 10) Solarium per l'abbronzatura con lampade UV-A o con applicazioni combinate o indipendenti di raggi ultravioletti (UV) ed infrarossi (IR).                          | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 11) Apparecchi per massaggio ad aria o idrico con aria a pressione non superiore a 80 kPa.                                                                            | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 12) Scaldacera per ceretta.                                                                                                                                           | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 13) Attrezzi per ginnastica estetica.                                                                                                                                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 14) Attrezzature per manicure e pedicure.                                                                                                                             | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 15) Apparecchi per il trattamento di calore totale o parziale tramite radiofrequenza restiva o capacitiva.                                                            | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 16) Apparecchio per massaggio aspirante con coppe di varie misure e applicazioni in movimento, fisse e ritmate e con aspirazione non superiore a 80 kPa.              | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 17) Apparecchi per ionoforesi estetica sulla placca di 1 mA ogni 10 centimetri quadrati.                                                                              | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 18) Depilatori elettrici ad ago, a pinza o accessorio equipollente o ad impulsi luminosi per foto depilazione.                                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 19) Apparecchi per massaggi subacquei.                                                                                                                                | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 20) Apparecchi per presso-massaggio.                                                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 21) Elettrostimolatore ad impulsi.                                                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 22) Apparecchi per massaggio ad aria compressa con pressione superiore a 80 kPa.                                                                                      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 23) Soft laser per trattamento rilassante, tonificante della cute o fotostimolante delle aree riflesso gene dei piedi e delle mani.                                   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 24) Laser estetico defocalizzato per la depilazione.                                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 25) Saune e bagno di vapore                                                                                                                                           | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

NOTE: \_\_\_\_\_

**Nel caso di esercizio di tatuaggi e piercing congiunto con attività di estetista, deve essere garantita la corretta autonomia dei locali operativi; è consentita la condivisione di pertinenze comuni quali ingresso, attesa, servizio igienico, spogliatoio e magazzino/ripostiglio**

NOTE: \_\_\_\_\_

Atteso quanto sopra, si informa la parte che per le non conformità rilevate nel presente verbale, con distinto atto, sarà notificato al titolare dell'esercizio ed, in subordine, al suo obbligato in solido, verbale di contestazione delle eventuali sanzioni amministrative previste, ed inoltre:

- si provvederà ad informare il Sig. Sindaco del Comune di ..... per l'adozione dei provvedimenti previsti dall' art. 50 comma 5 e 54 del D. Lgvo 267/2000
- si procederà a notiziare l'Autorità Giudiziaria.

Elenco documentazione acquisita:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Nel contempo, si impartiscono le seguenti prescrizioni : \_\_\_\_\_

L'adeguamento alle prescrizioni sopra impartite dovrà avvenire, come concordato, entro il termine massimo di gg. ...., a partire dalla data del presente verbale, termine oltre il quale verranno applicate le ulteriori sanzioni previste.

Copia del presente verbale viene rimesso al Sig.: ..... ,  
che tiene a dichiarare : .....

Ai sensi dell'art 13 del D Lvo 196/03, i dati cui al presente verbale saranno trattati manualmente o con sistemi elettronici ed informatici ed inviati ad uffici interni o Amministrazioni esterne con finalità che riguardano la definizione della presente procedura.

F.L.C.S.

La parte

I verbalizzanti