|  |
| --- |
| un livello copiaCOMUNE CERVETERI |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | |  | |

**REGIONE LAZIO**

**COMUNE DI CERVETERI**

**ALLEGATO SANITARIO**

PER ATTIVITA’ DI TATUAGGI, TRUCCO PERMANENTE, SEMI-PERMANENTE E PIERCING

*(da presentare al SUAP del Comune territorialmente competente unitamente alla SCIA e alla eventuale documentazione integrativa)*

**Dichiarazione ai fini del rispetto dei requisiti igienico/sanitari – Linee guida per l’esecuzione di**

**procedure di tatuaggio e piercing in condizioni di sicurezza.**

*(D.P.R. 380/2001, D. Lgs. 152/2006, D.P.R. 227/2011, D.M. 37/2008, D.P.R. 462/2001, D.P.R. 151/2011, L. 241/1990, D. Lgs.81/2008, L. 13/1989, D.M. 236/1989, D.G.R. Lazio 424/2001, D.G.R. Lazio 4796/98, Linee guida Ministero della Sanità, L.40/2007, D. Lgs. 206/2005 e normative specifiche di settore)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il/La sottoscritto/a** | | | | | | | | | | | | | |
| Cognome | | | | | | nome | | | | | | | |
| luogo di nascita | | | provincia o stato estero di nascita | | | | | | data di nascita | | | | |
| codice fiscale | | | cittadinanza | | | | | | sesso **□ M □ F** | | | | |
| comune di residenza | | | provincia o stato estero di residenza | | | | | | C.A.P. | | | | |
| via, viale, piazza, | | | numero civico | | | | | | telefono | | | | |
| **🞎 in qualità di titolare dell’omonima impresa individuale** | | | | | | | | | | | | | |
| codice fiscale **⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜** | | | | |  | | | | | | partita IVA (se già iscritto)**⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜** | | |
| sede nel comune di | | | | | provincia o stato estero | | | | | | C.A.P. | | |
| via, viale, piazza, | | | | | numero civico | | | | | | telefono | | |
| iscrizione al Registro Imprese | presso la Camera di Commercio I.A.A. di | | | | | | | numero Registro Imprese | | | | | Numero REA |
| domicilio digitale *(conforme a quanto previsto dall’art. 4 D.L.179/2012 convertito con L.221/2012)* | | | | | | indirizzo di posta elettronica *(conforme a quanto previsto dagli artt.21 L.413/1991 e 5 D.L.179/2012 convertito con L.221/2012)* | | | | | | | |
| **🞎 in qualità di legale rappresentante della società** | | | | | | | | | | | | | |
| denominazione sociale | | | | | | | | | | | | | |
| codice fiscale **⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜** | | | |  | | | | | | partita IVA (se diversa dal codice fiscale)**⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜** | | | |
| sede nel comune di | | | | provincia o stato estero | | | | | | C.A.P. | | | |
| via, viale, piazza, | | | | numero civico | | | | | | telefono | | | |
| iscrizione al Registro Imprese | | presso la Camera di Commercio I.A.A. di | | | | | numero Registro Imprese | | | | | Numero REA | |
| domicilio digitale *(conforme a quanto previsto dall’art. 4 D.L.179/2012 convertito con L.221/2012)* | | | | | | indirizzo di posta elettronica *(conforme a quanto previsto dagli artt.21 L.413/1991 e 5 D.L.179/2012 convertito con L.221/2012)* | | | | | | | |

*ai sensi degli artt. 21, 38, 46 ,47 e 76 del DPR 445/00 consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge*

*per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti alprovvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, sotto la propria personale responsabilità*:

**DICHIARA**

**🞎** di essere nato/a …..………..……..………………………..…(Prov .………) il .................................................

**🞎** di essere residente in ……………………………………………………………….………... (Prov .………)

Via/P.za ………..………….……………………………………..…n. ………… CAP ......................................

n. tel. mobile ……………………n. tel. fisso ………………... e-mail ...............................................................

**🞎** di avere il Cod. Fisc. |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|;

**🞎** di essere il legale rappresentante della ..............................................................................................................

con sede legale in ……………………………………………………………………...…..… (Prov. …….…)

Via/P.za ………..………….……………………………………..…n. ………… CAP ......................................

P.Iva |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, C.F.|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,

iscritta alla C.C.I.A.A. di ……………………………… al n° ………..…………….. del …………………..

**REQUISITI AMBIENTALI E STRUTTURALI**

**🞎** che i locali sono aerati:

□ naturalmente (finestratura apribile 1/8 della superficie del pavimento)

□ artificialmente mediante impianto meccanico

**🞎** che i locali sono illuminati:

□ naturalmente (superfici vetrate)

□ artificialmente

**🞎** di avere personale dipendente: □ SI □ NO

se SI, indicare:

- ADDETTI Maschi ………. Femmine ………. Totale ……….

- SERVIZI IGIENICI WC n. ………. Lavabi n. ………. Spogliatoi n. ……….

servizi riscaldati □ SI □ NO

acqua calda lavabi □ SI □ NO

**🞎** che la sala d’attesa è separata dagli altri ambienti:

□ SI □ NO

**🞎** che lo spazio per le procedure di tatuaggio/piercing è separato da altri ambienti:

□ SI □ NO

**🞎** che il numero di postazioni di lavoro è: box n. ……….

**🞎** che sono presenti aree con pareti lisce lavabili e disinfettabili, con angoli a sguscio, senza soluzioni di continuità nettamente separate destinate:

- al trattamento dei presidi, pulizia e sterilizzazione dei materiali sporchi, provvista di vasca con acqua calda e fredda per il lavaggio dei materiali, attrezzata con contenitori chiusi lavabili □ SI □ NO

- conservazione dei materiali puliti e sterilizzati attrezzata con stipetti chiusi e disinfettabili □ SI □ NO

**🞎** che la biancheria utilizzata è: □ monouso □ lavabile

**🞎** che sono prodotti rifiuti pericolosi: □ SI □ NO

se SI, indicare le procedure adottate per il corretto smaltimento ..........................................................................................

- che sono presenti contenitori per i rifiuti sufficienti per il fabbisogno giornaliero (contenitori rigidi per aghi e taglienti e sacchi impermeabili per raccolta rifiuti non taglienti): □ SI □ NO

- che è presente uno spazio per lo stoccaggio temporaneo dei rifiuti pericolosi: □ SI □ NO

**REQUISITI APPARECCHIATURE, STRUMENTI ED ATTREZZATURE**

**🞎** che le apparecchiature elettromeccaniche utilizzate per le pratiche di tatuaggio, trucco permanente e semipermanente

utilizzate sono conformi alla normativa vigente: □ SI □ NO

**🞎** che le altre apparecchiature elettromeccaniche utilizzate nell’attività sono:......................................................................................................................................................................................

**🞎** che l’esercizio è provvisto di sterilizzatore: □ SI □ NO □ Solo materiale MONOUSO

se SI, indicare tipo (autoclave, fornetto di Pasteur, etc.) e procedure di sterilizzazione:

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

**🞎** che è presente in sede il manuale d’uso e manutenzione per tutte le apparecchiature presenti: □ SI □ NO

**🞎** che gli strumenti utilizzati sono:

- aghi, tubi e taglienti monouso sterili (recanti nome del fabbricante e/o responsabile sterilizzazione, metodo sterilizzazione, scadenza, numero del lotto)

□ SI □ NO

- pigmenti atossici e sterili (con etichetta in italiano riportante nome ed indirizzo del produttore, numero di lotto, data minima durabilità, indicazioni d’uso ed avvertenze, lista ingredienti, garanzia di sterilità)

□ SI, □ in confezione monodose

□ con valvola di non reintroduzione

□ NO

- cup monouso (in caso non si utilizzino pigmenti monodose) □ SI □ NO

- diluenti atossici e sterili □ SI □ NO

**🞎** che sono presenti in sede le schede tecniche e/o di sicurezza in italiano di tutti i prodotti ( pigmenti, diluenti, ecc.): □ SI □ NO

**🞎** che sono presenti certificazioni della ditta produttrice sulla atossicità e sterilità dei pigmenti / inchiostri /diluenti utilizzati - ResAP(2008)1: □ SI □ NO

**PROCEDURE**

**🞎** che l’elenco del materiale (disinfettanti, antisettici, ecc.), della strumentazione e le modalità utilizzate per la decontaminazione, disinfezione ad alto livello e sterilizzazione sono:

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

**🞎** che le cautele adottate a tutela degli utenti nella conduzione igienica dell’attività sono (procedure per disinfezione mani, disinfezione degli ambienti, conservazione dei pigmenti, decontaminazione spandimenti di sangue):

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

**🞎** che l’utente viene informato sul rischio di trasmissione di malattie infettive (Memorandum all. 3 Linee Guida Ministero della Sanità del 05/02/1998): □ SI □ NO

**DOCUMENTAZIONE E CERTIFICAZIONI**

**🞎** di essere in possesso del certificato di agibilità rilasciato in data |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| prot. ..................................

dal Comune di .................................................................................................................................................

**🞎** che la destinazione d’uso dei locali è ................................................................................................................

**🞎** che i locali sono dotati di acqua destinata al consumo umano:

□ fornita dall’acquedotto pubblico

□ fornita da acquedotto privato/pozzo aut. n. …….. del …….…..… rilasciata da ……………. con Giudizio di Idoneità richiesto/rilasciato dal SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione) della ASL ai sensi del D.L.vo n. 31/2001 art. 6 punto 5 bis con nota prot. n. ..……............. del ………………….

**🞎** che le acque reflue sono smaltite mediante:

□ fognatura comunale - autorizzazione allo scarico n. ……………....… del ……………..………..

rilasciata da ..............................................................................................................................................

□ idoneo sistema di smaltimento alternativo – autorizzazione n. ……………. del ………………..

rilasciata da ..............................................................................................................................................

□ idoneo sistema di smaltimento alternativo - A.U.A n. …………….…. del ………………………

rilasciata dal SUAP del Comune di …………………………………………..……... ai sensi del DPR n. 59/2013

*Qualora i locali non siano serviti da fognatura comunale, specificare le modalità di smaltimento*

*alternativo* .......................................................................................................................................................

**🞎** di essere in possesso della dichiarazione di conformità dell’impianto elettrico ai sensi del D.M. 37/08:

□ SI □ NO

**🞎** di aver ottemperato agli obblighi di avvenuta omologazione dell’impianto elettrico presso INAIL (ex ISPESL) ed ARPA Lazio ai sensi del D.P.R. 462/01, poiché è presente personale dipendente o equiparato come definito dall’art. 2 del D. Lgs. 81/08, ed essere in possesso della verifica periodica dell’impianto di messa a terra:

□ SI □ NO

**🞎** di essere soggetto agli obblighi di cui al DPR 151/2011 per la prevenzione incendi ed aver provveduto all'inoltro della SCIA antincendio presso i VV.F. per attività in categoria:

□ A □ B □ C □ Attività non soggetta a SCIA antincendio

**🞎** di essere in possesso dell’autorizzazione in deroga rilasciata al sottoscritto, ai sensi dell’art. 65 del D. L.vo 81/08, dal Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPreSAL) della ASL RM H in data ……………….. n. prot ……….. del …………………… (in caso di locali interrati adibiti a luogo di lavoro con presenza di lavoratori ex art. 2 D. L.vo 81/2008)

□ SI □ NO □ NON NECESSARIO

In riferimento al **rischio di emissioni di gas endogeni pericolosi (CO2, H2S, Radon)** nel **Comune di Cerveteri di**ichiara di aver applicato, per tutte le attività non rientranti nel campo di applicazione del D. L.vo 81/08 (assenza di personale dipendente o equiparato come definito all'art. 2 del D. Lgs. 81/08), le misure di tutela indicate dalla ASL Roma F – Dipartimento di Prevenzione.

□ SI □ NO □ NON NECESSARIO

**🞎** di essere in possesso dell’autorizzazione rilasciata al sottoscritto, ai sensi dell’art. 63 comma 1, relativo al punto 1.2 dell’Allegato 4 del D. Lgs. 81/08, dal Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPreSAL) della ASL RM H in data ………. n. prot. …..…… del ……………….. (indispensabile per adibire a luogo di lavoro i locali di altezza inferiore a tre metri nelle aziende industriali e artigianali con lavoratori ex art. 2 D. Lgs. 81/2008)

□ SI □ NO □ NON NECESSARIO

**🞎** di allegare *(barrare le voci corrispondenti alla documentazione che si allega)*:

**🞎** Domanda e ricevuta del versamento dei diritti sanitari per valutazione e sopralluogo ove previsto ( sia la domanda che le indicazioni e l’ammontare del versamento sono reperibili nel sito SUAP Comunale)

**🞎** una planimetria in scala 1:100 timbrata e firmata da un tecnico abilitato riportante:

*tipologia dell’attività, nominativo del richiedente, comune ed indirizzo del locale, destinazione d’uso, altezze, superfici in mq., abaco delle superfici finestrate apribili (rapporti aeroilluminanti), sezioni longitudinali e trasversali, eventuali quote di interramento; in presenza di impianto d’aerazione forzata, riportare in pianta il percorso della canalizzazione ed allegare relazione tecnica in base alla norme tecniche di riferimento (UNI 10339:95 e s.m.i)*

**🞎** attestato di formazione di 90 ore del personale conseguito presso scuola autorizzata dalla Regione Lazio

□ elenco dei pigmenti utilizzati

□ fotocopia documento di identità del dichiarante

Estremi del documento ……………………………………………………………..

……………………, lì ……………………

Firma del dichiarante

…………………………………..

**I n f o r m a t i v a D . L g s. 1 9 6 / 0 3 a r t . 1 3 ( P r i v a c y )**

· I dati da lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l’istruttoria dell’istanza da lei formulata e per le finalità

strettamente connesse;

· Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici;

· I dati non verranno comunicati a terzi, salvo quanto necessario per l’espletamento degli obblighi connessi alla normativa in materia di diritto di accesso; in particolare, ai sensi di quanto disposto dalla L. 241/90 e s.m.i., nel caso in cui il documento richiesto contenga informazioni riferite a soggetti terzi che all’esercizio del diritto di accesso vedrebbero compromesso il proprio diritto alla riservatezza, l’Azienda è tenuta a fornire loro notizia della richiesta trasmettendo copia della stessa;

· Il conferimento dei dati è obbligatorio;

· La conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la seguente: **non validazione del corso**;

· Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dall’art. 7 del D.Lgs 196/03, rivolgendosi all’indirizzo in epigrafe.