

c.a. SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA

servizioigienesanitapubblica@asl8cagliari.it
serv.igienepubblica@pec.asl8cagliari.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE OBBLIGATORIA
PER OPERATORI DI TATUAGGIO E PIERCING**

Il / La sottoscritto/a

.....

nato/a a prov.

il.....

e residente a (Comune)..... Prov.

.....

C.F./I.V.A.....

Chiede

di essere ammesso/a a frequentare il corso di formazione obbligatorio per operatori di tatuaggio e piercing, finalizzato al conseguimento dell'idoneità igienico-sanitaria per eseguire trattamenti di tatuaggio e piercing.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:
(barrare solo le caselle riferite alla propria situazione)

A) di esercitare l'attività di tatuaggio e piercing nel/i Comune/i di

..... Prov.....

in forma esclusiva (solo tatuaggio e piercing) Comune/i di

.....Prov.....

all'interno di uno studio di estetista

.....

Altro

.....

B) di **non** esercitare ancora l'attività di tatuaggio e piercing
di prevedere di avviare tale attività nel/i Comune/i di

.....prov.....

C) di impegnarsi a frequentare con regolarità le lezioni programmate del corso, versando la quota individuale di partecipazione, pena l'esclusione, alla seguente intestazione:

**AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE ASL CAGLIARI
IBAN IT76A0101517203000070624550**

**CAUSALE: ISCRIZIONE CORSO TATUAGGIO E PIERCING: GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO
SISP ASL CAGLIARI**

E DI ALLEGARE ALLA PRESENTE COPIA DEL BONIFICO.

D) voler ricevere ogni comunicazione al seguente recapito:

Via/piazzan.

Comune di Prov.

CAP, tel. Cell.....

Fax.....indirizzo mail.....

Data

Firma leggibile