



Regione
Lombardia

MODULISTICA
REGIONALE UNIFICATA
S.C.I.A. - SCHEDA
3

Allegato alla segnalazione di

C.F. _____

REQUISITI PROFESSIONALI PER ATTIVITÀ DI SERVIZI ALLA PERSONA

☐ **Acconciatore**

3.1

Responsabile tecnico designato ai sensi dell' art. 3, c. 5, della Legge 174/05:

in qualità di: ☐ Titolare ☐ Socio partecipante al lavoro ☐ Familiare coadiuvante / collaboratore/dipendente dell'impresa

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____ Cittadinanza: _____ Sesso M ☐ F ☐

Luogo di nascita: Stato _____ Comune _____ Prov. _____

Residenza: Comune _____ Prov. _____

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

in possesso della qualificazione professionale di acconciatore rilasciata da:

in data ____ / ____ / ____

☐ **Estetista**

3.2

in qualità di: ☐ Titolare ☐ socio ☐ Familiare coadiuvante / collaboratore/dipendente dell'impresa

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____ Cittadinanza: _____ Sesso M ☐ F ☐

Luogo di nascita: Stato _____ Comune _____ Prov. _____

Residenza: Comune _____ Prov. _____

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

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

☐ **Esecuzione di tatuaggio e piercing**

3.3

in qualità di: ☐ Titolare ☐ socio ☐ Familiare coadiuvante / collaboratore/dipendente dell'impresa

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____ Cittadinanza: _____ Sesso M ☐ F ☐

Luogo di nascita: Stato _____ Comune _____ Prov. _____

Residenza: Comune _____ Prov. _____

Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

in possesso di attestato relativo al corso di formazione per l'attività rilasciato da:

in data ____ / ____ / ____

Si impegna al rispetto delle norme igienico-sanitarie applicabili all'attività ed alle indicazioni di cui al Decreto D.G. Sanità 27 aprile 2004 n. 6932 nell'esercizio dell'attività.