

**Memòria descriptiva de l'activitat i les instal·lacions per a l'autorització sanitària
d'establiments de TATUATGE, MICROPIGMENTACIÓ I PÍRCING****Dades d'identificació de l'establiment**

Nom de l'establiment

Nom i cognoms o Raó Social

NIF / CIF

Domicili de l'establiment

Tipus d'establiment☐ Centre especialitzat☐ Centre de bronzejat☐ Centre d'estètica☐ Gimnàs o centre esportiu☐ Perruqueria☐ Centre de formació d'aquestes activitats☐ Hotel o similar☐ Centre de distribució (material relacionat amb aquestes activitats)☐ Centre de massatges☐ Altres (especificar) : _____**Dades de l'activitat**

Assenyalar totes les activitats que correspongui:

☐ Tatuatge☐ Micropigmentació☐ Pírcing☐ Formació (especificar quins cursos) : _____☐ Servei de venda o distribució de material relacionat amb aquestes activitats (especificar) : _____☐ Esdeveniment temporal (especificar dates de celebració) : _____☐ Altres (especificar) : _____**Dades del personal**

Nombre de persones que treballen a l'establiment: _____

Nombre d'aplicadors: _____

Nom i cognoms dels aplicadors: _____

Per cada persona indicada com aplicador és necessari adjuntar fotocòpia de:

* Diploma del curs de formació higienicosanitària o equivalent

* Certificat de vacunació contra la Hepatitis B i el Tètanus

Horari i dies d'activitat

Horari de l'activitat:

Dies activitat:

☐ Dimecres☐ Dissabte

* Horari general de treball: _____

☐ Dilluns☐ Dijous☐ Diumenge

* Horari general d'atenció al públic: _____

☐ Dimarts☐ Divendres

Observacions sobre dies i horaris:



Descripció de les instal·lacions i equips

Locals i/o zones	Quantitat	Característiques o observacions
☐ Sales de treball Tatuatge	_____	_____
☐ Sales de treball Pírcing	_____	_____
☐ Sales de treball Micropigmentació	_____	_____
☐ Lliteres de treball	_____	_____
☐ Distribució de lliteres per sala	_____	_____
☐ Armaris per materials específics	_____	_____
☐ Armaris per roba específica	_____	_____
☐ Sales d'esterilització	_____	_____
☐ Autoclaus	_____	_____
☐ Sistemes desinfecció	_____	_____
☐ Magatzems	_____	_____
☐ Magatzem d'escombraries	_____	_____
☐ Serveis higiènics	_____	_____
☐ Altres: _____	_____	_____

Locals externs o separats de l'establiment principal

☐ No disposa ☐ Sí disposa

En cas de disposar, especificar la seva ubicació i l'ús a què es destinen (magatzem, ...):

Observacions

Aquest apartat és lliure per tal d'incloure observacions o aclariments sobre alguna dada anterior o d'altres que es considerin d'interès sobre l'activitat i les instal·lacions objecte de l'autorització sanitària.

Declaració

El sol·licitant o el seu representant declara l'exactitud de les dades ressenyades en la present memòria.

Signatura

Data: _____

Nom i cognoms: _____

D'acord amb la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, us informem que les vostres dades seran incorporades a un fitxer informatitzat per al seu tractament i per facilitar la comunicació i/o per a la gestió específica de la seva sol·licitud. El responsable del fitxer és l'Ajuntament de Sant Adrià de Besòs, qui garanteix la confidencialitat en el tractament de les dades de caràcter personal que es recullen, així com la implementació de les mesures d'ordre tècnic i organitzatiu que garanteixin la seguretat d'aquestes. A més, l'Ajuntament es compromet a no cedir-les a tercers sense consentiment explícit de l'usuari excepte quan sigui necessari per a dur a terme la gestió que se sol·licita o quan la llei així ho obligui. Podeu dirigir-vos a l'Oficina d'Atenció Ciutadana, plaça de la Vila, 12 - 08930 Sant Adrià de Besòs, per exercir els vostres drets d'accés, rectificació, cancel·lació i portabilitat de les vostres dades i els de limitació i oposició dels vostres tractaments.