

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

Dades d'identificació de l'establiment

Nom i cognoms o Raó social

Domicili

Tipus d'establiment

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centre específic per a alguna de les activitats sol·licitades | <input type="checkbox"/> Gimnàs o Centre Esportiu |
| <input type="checkbox"/> Centre d'Estètica | <input type="checkbox"/> Centre de formació d'aquestes activitats |
| <input type="checkbox"/> Perruqueria | <input type="checkbox"/> Centre de distribució (material relacionat amb aquestes activitats) |
| <input type="checkbox"/> Hotel o similars | <input type="checkbox"/> Altres: (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Centre de massatges | _____ |
| <input type="checkbox"/> Centre de bronzejat | |

Dades de l'activitat

Assenyalar totes les activitats que corresponguin:

- Tatuatge Micropigmentació Pírcing
 Formació (Especificar cursos) _____

- Servei de venda o distribució de material relacionat amb aquestes activitats

Especificar

- Esdeveniment temporal. Especificar les dates de celebració: _____
 Altres: (especificar) _____

Dades del personal

- Núm. de persones que treballen a l'establiment:
 Núm. d'aplicadors:
 Nom i cognoms dels aplicadors (Persones que treballen específicament en aquestes activitats)

Per cada persona indicada és necessari adjuntar fotocòpia de:

- DNI
- Diploma de curs de formació higienicosanitària o equivalent
- Certificat de vacunació Hepatitis B i Tètanus

Horari i dies de l'activitat

Horari de l'activitat:

- Horari general de treball: _____
- Horari general d'atenció al públic: _____

Dies de l'activitat:

- Dilluns Dimecres Divendres Diumenge
 Dimarts Dijous Dissabte

Observacions sobre dies i horaris:

Descripció de les instal·lacions i equips

<u>Locals i/o zones</u>	<u>Número</u>	<u>Característiques o observacions</u>
<input type="checkbox"/> Sales de treball Tatuatge	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sales de treball Pírcing	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sales de treball Micropigmentació	_____	_____
<input type="checkbox"/> Lliteres de treball	_____	_____
<input type="checkbox"/> Distribució de lliteres per sala	_____	_____
<input type="checkbox"/> Armaris per materials específics	_____	_____
<input type="checkbox"/> Armaris per roba específica	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sales d'esterilització	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autoclaus	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sistemes de desinfecció	_____	_____
<input type="checkbox"/> Magatzems	_____	_____
<input type="checkbox"/> Magatzem d'escombraries	_____	_____
<input type="checkbox"/> Serveis higiènics	_____	_____
<input type="checkbox"/> Altres _____	_____	_____

Locals externs o separats de l'establiment principal

No disposa

Sí disposa

En aquest cas, 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'interés sobre l'activitat i les instal·lacions objecte de l'autorització sanitària. En cas necessari podeu afegir més fulls.