

RICHIESTA CERTIFICAZIONE IDONEITÀ IGIENICO SANITARIA
PER ATTIVITA' DI TATUAGGIO E/O PIERCING
ai sensi della Delibera Giunta Provinciale n. 2131 del 29/08/2003

Questo modello deve essere compilato dal Tatuatore/Piercer richiedente.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____ n. _____
in nome e per conto della ditta _____ P.Iva _____
C.F. _____ con sede in _____ via _____
recapito telefonico _____ e pec (o e-mail solo se non in possesso di pec):
_____.

CHIEDE:

attestazione di idoneità igienico-sanitaria per l'attività di

☐ Tatuaggio ☐ Piercing ☐ Tatuaggio e Piercing

☐ ATTIVITÀ NUOVA da esercitare nei locali nel Comune di _____
Via _____ n. _____ CAP _____
della ditta _____ all'insegna _____

☐ AFFITTO POSTAZIONE presso locali già autorizzati da questa Azienda Sanitaria rilasciata
in data _____ ns. prot. n° _____ nel Comune di _____
in Via _____ n. _____ della ditta _____
P.IVA _____ C.F. _____

☐ MANIFESTAZIONE TEMPORANEA denominata _____
che si terrà nel periodo dal _____ al _____ con orario dalle _____ alle _____
presso la struttura denominata _____
sita nel Comune di _____
in Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____.

Nel caso in cui venga segnata l'opzione "MANIFESTAZIONE TEMPORANEA", almeno sette giorni prima dell'evento, il richiedente dichiara inoltre che:

☐ sono predisposte aree, anche prefabbricate, con pavimenti e superfici rivestiti con materiali impermeabili e facilmente lavabili;

☐ distinte zone per l'attesa, per l'esecuzione delle pratiche, per la conservazione dei materiali puliti e sterilizzati e del materiale monouso, per la detenzione dei presidi e materiali sporchi;

☐ area per la sterilizzazione comune tra gli operatori presenti.

Di quanto sopra si chiede una relazione dettagliata sull'organizzazione degli spazi, delle attrezzature e di allegare materiale fotografico esplicativo anche in formato rendering, qualora non disponibili (nominare l'allegato: RELAZIONE MANIFESTAZIONE TEMPORANEA).

ALLEGATI OBBLIGATORI AL FINE DELL'ACCETTAZIONE DELLA DOMANDA:

si chiede di nominare gli allegati con il numero esatto come di seguito

1. Ricevuta versamento per l'importo di € 50,00 – A.P.S.S. – Dipartimento di Prevenzione
Cod. Cassa 016501 da comunicare presso lo sportello cassa delle strutture sanitarie (NO PAGOPA);
2. Planimetria dei locali, in scala 1:100, con l'indicazione della destinazione d'uso dei locali (zone per l'attesa, per l'esecuzione delle pratiche, per la conservazione dei materiali puliti e sterilizzati e del materiale monouso, per la detenzione dei presidi e materiali sporchi, ecc...);
3. Indicazioni sul sistema di raccolta e certificazione della ditta per il trasporto e lo smaltimento dei rifiuti speciali;
4. Dichiarazione di conformità degli impianti elettrici;
5. Fotocopia del documento di identità;
6. Attestato di frequenza e superamento del corso specifico (durata almeno 60 ore) riconosciuto dalla Provincia di Trento, riguardante gli aspetti igienico-sanitari dell'attività di tatuaggio e piercing;
7. Elenco dell'attrezzatura che viene utilizzata per l'esercizio dell'attività;
8. Autocertificazione che le attrezzature utilizzate sono conformi alle normative europee, che gli inchiostri rispondono alla normativa REACH in vigore dal 4 gen. 2022, che verranno rispettate le "Misure e prescrizioni igienico-sanitarie";
9. In caso di MANIFESTAZIONE TEMPORANEA, allegare elenco di tutti i Tatuatori/Piercer presenti, corredato di attestati di formazione riconosciuti dalla Provincia Autonoma di Trento, riportante le ore di durata del corso;
10. In caso di MANIFESTAZIONE TEMPORANEA, allegare autodichiarazione del rispetto delle prescrizioni previste al punto 6) dell'allegato A) alla **Delibera Provinciale n. 2131 del 29 agosto 2003**.

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679:

- i dati identificativi inseriti nella domanda sono raccolti e trattati da APSS all'interno del procedimento finalizzato alla emissione del certificato della presente richiesta, con l'ausilio di mezzi informatici e cartacei idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi; il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso al procedimento di cui alla presente domanda;
- il Titolare del trattamento è l'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) con sede legale in via Degasperì 79 – 38123 Trento, a cui l'interessato potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti tramite l'ufficio URP sito a Palazzo Stella in via Degasperì 77– 38123 Trento, tel. 0461/904172 – urp@apss.tn.it
- i dati personali sono trattati esclusivamente per le finalità di cui sopra da personale dipendente in qualità di addetti al trattamento appositamente autorizzati ed istruiti; Preposto del trattamento è il Direttore del Dipartimento di Prevenzione;
- è esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato compresa la profilazione – i dati non saranno trasferiti fuori dell' Unità europea – il dato sarà conservato secondo quanto previsto dal Prontuario di conservazione dei documenti di APSS;
- l'interessato per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati personali (RDP) dell'APSS, via Degasperì 79 – 38123 Trento, tel. 0461/904148, e-mail ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it
- l'interessato ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del Titolare a una richiesta che rientri nei diritti dell'interessato.

Data _____

Firma del richiedente _____