

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

**ASP Palermo
Dipartimento di Prevenzione
Al Direttore della U.O.C.
Igiene degli Ambienti di Vita
Via C. Onorato, n. 6
90129 Palermo**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____ a _____
Provincia di _____, residente nel Comune di _____, via/piazza _____,
n. _____, Provincia di _____, codice fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a frequentare il corso di formazione obbligatorio per il conseguimento dell'idoneità igienico-sanitaria per operatori addetti a tatuaggio e piercing.

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. sulla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

DICHIARA

di essere in possesso del richiesto titolo di studio

(*barrare la casella corrispondente*):

- Diploma scuola media superiore
- Diploma scuola media inferiore e ammissione al 3° anno di scuola superiore

conseguito presso _____
in data _____

- Di non essere in possesso di qualifica professionale di estetista
- Di essere in possesso di qualifica professionale di estetista

conseguita presso _____
in data _____

DICHIARA INOLTRE

- a. di aver preso visione dell'avviso del corso e di accettarne le regole;
- b. di impegnarsi a frequentare con regolarità le lezioni programmate del corso;
- c. di essere consapevole che il rilascio dell'attestato d'idoneità è subordinato all'esito positivo dell'esame finale ed alla presentazione di documentazione comprovante l'avvenuta vaccinazione anti-epatite B;
- d. di volere ricevere ogni comunicazione al seguente recapito e di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni: via/piazza _____ n. _____ Comune di _____
Prov. _____ CAP _____ tel. _____ cell. _____ e-mail _____
indirizzo posta elettronica certificata _____

Data _____

Firma leggibile _____

ALLEGA

- attestazione, in originale, del versamento di € 500,00 + IVA 22% di euro 110,00 per l'importo complessivo di euro 610,00 in favore dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo;
- fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003, il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto.

Data _____

Firma leggibile _____