Allegato 4

Al Comune di

_____

Segnalazione Certificata di Inizio Attività (S.C.I.A.) per

APERTURA/TRASFERIMENTO/SUBINGRESSO/VARIAZIONE

ATTIVITÀ DI TATUAGGIO E/O PIERCING

Linee guida regionali.....

Il/La sottoscritt_ Cognome_____ Nome_____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data di nascita____/_____/_____

Cittadinanza_____ Luogo di Nascita: _____

Stato_____ Provincia_____ Comune_____ Residente in _____ Provincia _____ Via, piazza, _____ N._____ C.A.P._____ Telefono _____/_____ Cell._____ e-mail_____

in qualità di:

☐ **titolare dell'omonima impresa individuale**

Partita I.V.A. (se già iscritto) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| con sede nel Comune di _____ Provincia _____Via_____ N. _____C.A.P. _____ Tel. _____Iscritta al Registro Imprese _____ C.C.I.A.A. di _____in data _____al n._____

Iscritta all'Albo delle Imprese Artigiane di_____n._____*(se già iscritto);*

☐ **legale rappresentante della Società :**

Cod. fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Partita IVA (se diversa da C.F.) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

denominazione o ragione sociale _____

con sede legale nel Comune di _____ Provincia _____

Via, Piazza, ecc. _____ N. _____C.A.P. _____

Tel. _____

Iscritta al Registro Imprese _____ C.C.I.A.A. di _____in data _____al n._____

Iscritta all'Albo delle Imprese Artigiane di _____n._____*(se già iscritto);*

TRASMETTE

SEGNALAZIONE DI INIZIO ATTIVITÀ RELATIVA ALL'ATTIVITÀ DI

☐ **Tatuatore** ☐ **Piercing** ☐ **Tatuatore e Piercing**

Linee guida per la tutela della salute nelle attività di tatuaggio e piercing.

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI – Sezione Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione – REGIONE PUGLIA

12

relativa a:

A - APERTURA NUOVO ESERCIZIO ☐

B - TRASFERIMENTO DI SEDE ☐

C - SUBINGRESSO ☐

D - MODIFICA LOCALI

- **Ampliamento superficie** ☐
- **Riduzione superficie** ☐

E - VARIAZIONI

- **Responsabile in possesso dei requisiti previsti dalle Linee Guida Regionali** ☐
- **Modifiche Societarie** ☐

SEZIONE A - APERTURA DI NUOVA ATTIVITÀ

INDIRIZZO DELL'ATTIVITÀ

Via, Piazza, ecc. _____

☐ per l'attività di Tatuatore ☐ per l'attività di Piercing ☐ per l'attività di Tatuatore e Piercing

Superficie destinata all'attività (compreso spogliatoio, bagno e antibagno) mq. |__|__|__|__|
Superficie complessiva dell'immobile (compresa eventuale superficie destinata ad altri usi) mq. |__|__|__|__|

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE SI ☐ O ☐
se SI indicare: DENOMINAZIONE DEL CENTRO COMMERCIALE _____

SEZIONE B - TRASFERIMENTO DI SEDE

ATTIVITÀ ATTUALMENTE UBICATA IN

Via, Piazza, ecc. _____

☐ per l'attività di Tatuatore ☐ per l'attività di Piercing ☐ per l'attività di Tatuatore e Piercing

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE SI ☐ O ☐
se SI indicare: DENOMINAZIONE DEL CENTRO COMMERCIALE _____

SARÀ TRASFERITA AL NUOVO INDIRIZZO IN

Via, Piazza, ecc. _____

☐ per l'attività di Tatuatore ☐ per l'attività di Piercing ☐ per l'attività di Tatuatore e Piercing

Superficie destinata all'attività (compreso spogliatoio, bagno e antibagno) mq. |__|__|__|__|
Superficie complessiva dell'immobile (compresa eventuale superficie destinata ad altri usi) mq. |__|__|__|__|

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE SI ☐ O ☐
se SI indicare: DENOMINAZIONE DEL CENTRO COMMERCIALE _____

SEZIONE C - APERTURA PER SUBINGRESSO

INDIRIZZO DELL'ATTIVITÀ

Via, Piazza, ecc. _____

☐ per l'attività di Tatuatore ☐ per l'attività di Piercing ☐ per l'attività di Tatuatore e Piercing

SUBENTRERÀ ALL'IMPRESA:

Denominazione

_____

C.F. / P.I. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Autorizzazione n. _____del_____

DIA o SCIA presentata in data_____ protocollo n. _____

A seguito di:

- compravendita	☐	- fallimento	☐	- modifiche societarie	☐
- affitto d'azienda	☐	- successione	☐	- donazione	☐
- donazione	☐	- fusione	☐	- altre cause	☐

Con atto registrato a _____il_____ al n. _____ serie_____

(Allegare atto registrato) - Si ricorda che a norma dell'art. 2556 c. c. i contratti che hanno per oggetto il trasferimento della proprietà o il godimento dell'azienda devono essere stipulati presso un notaio.

Superficie destinata all'attività (compreso spogliatoio, bagno e antibagno) mq. |__|__|__|__|
Superficie complessiva dell'immobile (compresa eventuale superficie destinata ad altri usi) mq. |__|__|__|__|

INSERITO IN UN CENTRO COMMERCIALE SI ☐ O ☐

se SI indicare: DENOMINAZIONE DEL CENTRO COMMERCIALE _____

SEZIONE D – MODIFICA LOCALI/STRUTTURALI

☐ Ampliamento di superficie da mq _____a mq_____ per il locale sito in _____
via/p.zza_____

☐ Riduzione di superficie da mq _____a mq_____ per il locale sito in _____
via/p.zza_____

Linee guida per la tutela della salute nelle attività di tatuaggio e piercing.

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI – Sezione Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione – REGIONE PUGLIA

SEZIONE E- VARIAZIONE RESPONSABILE
IN POSSESSO DEI REQUISITI PREVISTI DALLE LINEE GUIDA REGIONALI

Di avere sostituito il/la Sig./ra_____con il/la Sig./ra_____ nato/a a _____il_____ munito di attestato di frequenza per l'esercizio dell'attività di _____quale nuovo Responsabile **in possesso dei requisiti previsti dalle linee guida regionali** per l'attività di _____ esercitata nel locale sito in_____ _____, alla Via_____, n._____ munita di Autorizzazione n. _____ del_____

DIA o SCIA presentata in data _____protocollo n. _____ il quale ha accettato la nomina come da dichiarazione allegata.
Allegare:

- ☐ attestato di frequenza al corso formativo rilasciato in data _____ ed allegato
- ☐ dichiarazione sostitutiva di accettazione dell'incarico (ALLEGATO B) del nuovo responsabile debitamente sottoscritta
- ☐ copia del documento di riconoscimento del nuovo responsabile in forma leggibile e in corso di validità.

SEZIONE E- VARIAZIONI SOCIETARIE

Variazione natura giuridica della Società |__|

Da _____a _____

Variazione ragione sociale/Denominazione |__|

Da _____a _____

Variazione legale rappresentante |__|

Da _____a _____

Sono entrati nella Società |__|

Sig _____

Sig_____

Sig_____

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritt _ _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data di nascita ____/____/_____ Cittadinanza _____ Sesso: M |__| F |__|

Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____

Residenza: Provincia _____ Comune _____

Via, Piazza, ecc._____ N. _____ C.A.P. _____

nella sua qualità di titolare/legale rappresentante dell'impresa sopra indicata, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità e CONSAPEVOLE delle responsabilità penali ed amministrative conseguenti a dichiarazioni false o mendaci e di formazione o uso di atti falsi di cui agli artt. 75 e 76 del citato D.P.R. 445/2000 e della decadenza dai benefici conseguiti con il provvedimento acquisito sulla base della dichiarazione non veritiera, CONSAPEVOLE che il punto 6, comma 4-bis dell'art. 19 della L. 241/1990, come sostituito dall'art. 49, co. 4-bis della L. 122/2010, prevede -per chiunque dichiari e/o attesti falsamente l'esistenza dei requisiti e dei presupposti posti come condizioni necessarie per la presentazione della S.C.I.A,- la reclusione da 1 a 3 anni, salvo che il fatto non costituisca più grave reato

DICHIARA

1. di essere in possesso dei requisiti morali di legge;
2. che nei suoi confronti non sussiste alcuna situazione di incompatibilità prevista dalla vigente legislazione antimafia ed in particolare non sussistono le cause di divieto, di decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31 maggio 1965, n. 575, e successive modificazioni; (Solo per le Imprese Individuali)
3. di aver assolto gli obblighi presso il competente Servizio Tributi di _____
4. che nei suoi confronti e nei confronti della società sopra citata di cui è il legale rappresentante non sussiste alcuna situazione di incompatibilità prevista dalla vigente legislazione antimafia ed in particolare non sussistono le cause di divieto, di decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31 maggio 1965, n. 575, e successive modificazioni; (Solo per le Imprese Societarie).
6. ☐ **di possedere i requisiti previsti dalla Legge 8 agosto 1985 n. 443, e s.m.i.**, e si impegna a presentare domanda di iscrizione all'Albo delle Imprese Artigiane c/o C.C.I.A.A. di _____

   oppure

   ☐ di essere iscritt _ all'Albo delle Imprese Artigiane c/o C.C.I.A.A. di _____al n. _____; (Solo per imprese individuali artigiane).
7. che la società _____ con sede legale in _____ alla Via, Piazza, ecc. _____ N. _____

   ☐ è iscritta all'Ufficio del Registro delle Imprese c/o C.C.I.A.A. di _____ al N. _____

   oppure

   ☐ è iscritta all'Albo delle Imprese Artigiane c/o C.C.I.A.A. di _____ al N. _____

   oppure

   ☐ si impegna a presentare domanda di iscrizione all'Albo delle Imprese Artigiane c/o C.C.I.A.A. di _____ in quanto in **possesso dei requisiti previsti dalla Legge 8 agosto 1985 n. 443, e s.m.i.**;
8. che i locali sono dotati di impianti rispondenti alle prescrizioni di cui al D.M. 22 gennaio 2008 n. 37;
9. che il locale sede dell'esercizio è conforme:

- alle norme urbanistiche/edilizie anche con riferimento alla destinazione d'uso, alle norme in materia di impatto acustico e di allacci fognari;

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI – Sezione Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione – REGIONE PUGLIA

- ai requisiti strutturali previsti ;

10. che il numero degli addetti (oltre a colui che esercita l'attività) è costituito da n. _____unità lavorative.
11. di impegnarsi a comunicare ogni eventuale successiva modifica dei locali.
12. che nella sua attività attuerà tutte "Le Misure e prescrizioni igienico-sanitarie" previste dalle Linee Guida Regionali per l'esercizio delle attività di tatuaggio e piercing;
13. di consentire il libero accesso agli organi di vigilanza ispettivi amministrativi e di polizia per l'effettuazione dei necessari controlli.
14. di osservare quanto previsto dalla L. n. 13 del 09/01/89 in materia di "abbattimento delle barriere architettoniche".
15. Di non aver apportato modifiche logistiche e/o strutturali ai locali sede dell'attività artigianale rispetto alla precedente conduzione *(nei casi di variazione dei locali)*.
16. ☐ Di non essere titolare di altri esercizi per attività analoghe.
17. ☐ Di essere titolare, ad altro titolo, dei seguenti esercizi: _____
18. ☐ Di utilizzare i seguenti apparecchi elettromeccanici: _____

Attrezzature per le attività tatuatorie

☐ Macchina o pistola (Tattoo machine o gun tattoo).
☐ Manipoli e puntali (grips e tips).
☐ Barre o aste porta aghi.
☐ Aghi.
☐ Colori e pigmenti.
☐ Contenitori o cappucci per il contenimento della dose di colore o pigmento.

Attrezzature per l'attività di piercing

☐ Ago cannula o ago da piercing.
☐ Pinze ad occhiello.
☐ Forbici o pinze.
☐ Dispositivi meccanici di foratura.
☐ Monili o pre-orecchini.

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

_____

allegare documento di identità come da art. 38 del DPR 445/2000

AUTOCERTIFICAZIONI TITOLO FORMATIVO

D I C H I A R A

Per l'attività di Tatuaggio

Che il responsabile designato, **in possesso dei requisiti soggettivi previsti dalle linee guida regionali,** è:

☐ il/la sottoscritto/a _____(obbligatoriamente in caso di ditta individuale) in possesso dell' attestato di frequenza per l'esercizio dell'attività di Tatuatore, n. _____ del _____rilasciato da _____

☐ il/i soci e/o dipendenti di seguito indicati (in caso di società):

- il/la Sig./Sig.ra _____nato/a a _____il_____ in possesso dell'attestato di frequenza per l'esercizio dell'attività di Tatuatore n. _____del_____ rilasciato da _____ in qualità di: ☐Socio ☐Dipendente
- il/la Sig./Sig.ra _____nato/a a _____il_____ in possesso dell' attestato di frequenza per l'esercizio dell'attività di Tatuatore, n. _____del_____rilasciato da _____ in qualità di: ☐Socio ☐Dipendente

Per l'attività di Piercing e foratura del lobo auricolare

Che il responsabile designato, **in possesso dei requisiti soggettivi previsti dalle linee guida regionali** è:

☐ il/la sottoscritto/a (obbligatoriamente in caso di ditta individuale) in possesso dell' attestato di frequenza per l'esercizio dell'attività Pircer, n. _____del_____ rilasciato da _____;

☐ il/i soci e/o dipendenti di seguito indicati (in caso di società):

- il/la Sig./Sig.ra _____nato/a a _____il_____ in possesso dell' attestato di frequenza per l'esercizio dell'attività Pircer, n. _____del_____ rilasciato da _____ in qualità di: ☐ Socio ☐ Dipendente
- il/la Sig./Sig.ra _____nato/a a _____il_____ in possesso dell' attestato di frequenza per l'esercizio dell'attività Pircer, n. _____del_____ rilasciato da _____qualità di: ☐ Socio ☐Dipendente

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI – Sezione Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione – REGIONE PUGLIA

SI ALLEGA:

- ☐ Planimetria, in scala 1/100, con indicate le superfici, le altezze, il rapporto di aero-illuminazione, il totale dei mq ed il layout delle attrezzature, firmata da tecnico abilitato;
- ☐ Relazione dettagliata delle attività che si intendono svolgere e delle relative procedure di trattamento ivi comprese le modalità di detersione, sanificazione e sterilizzazione delle attrezzature;
- ☐ Copia del documento di riconoscimento del richiedente in forma leggibile e in corso di validità del tecnico che sottoscrive la planimetria;
- ☐ Certificazione attestante la frequenza al corso di formazione;
- ☐ Copia atto pubblico dal quale deriva il subingresso;
- ☐ Certificato di destinazione d'uso del locale con visura catastale aggiornata;
- ☐ Certificato di agibilità del locale;
- ☐ Per le attività svolte in appartamento condominiale, atto di assenso condominiale o attestato a firma dell'amministratore (delegato dal condominio) che consentano l'esercizio delle attività o atto da cui risulta già dichiarato la volontà del condominio;
- ☐ Disponibilità del locale (es. titolo di proprietà, contratto di affitto, comodato, debitamente registrati ai sensi di legge);
- ☐ Precedente autorizzazione amministrativa SCIA *(solo in caso di subentro)*.
- ☐ Copia atto costitutivo registrato e visura camerale con annotazione antimafia;
- ☐ Dichiarazione del responsabile tecnico dell'accettazione dell'incarico e possesso dell'attestato di frequenza al corso formativo con copia della relativa certificazione;
- ☐ Autocertificazione dei requisiti morali del titolare/socio/i (in caso di s.a.s. solo i soci accomandatari)/ responsabile tecnico (se dipendente o esterno all'impresa);
- ☐ Nulla osta igienico sanitario rilasciato dalla ASL competente per territorio, ovvero idonea asseverazione attestante il possesso dei requisiti igienico-sanitari dell'immobile e delle attrezzature utilizzate;
- ☐ Copia del contratto per lo smaltimento di Rifiuti Solidi Urbani;
- ☐ Copia contratto con Ditta autorizzata per lo smaltimento dei rifiuti speciali;
- ☐ Informativa, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, sul trattamento dei dati personali.

Data_____

FIRMA del Titolare o Legale Rappresentante

_____

allegare documento di identità come da art. 38 del DPR 445/2000

DIPARTIMENTO DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI – Sezione Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione – REGIONE PUGLIA

ALLEGATO A

DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI)
INDICATE ALL'ART. 2, D.P.R. 252/1998

(solo per le società quando è compilato il quadro autocertificazione)

La/Il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____

via _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Cittadinanza _____

avvalendosi delle vigenti disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole della responsabilità penale ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, cui è soggett_ in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità

D I C H I A R A

che nei propri confronti non sussiste alcuna situazione di incompatibilità prevista dalla vigente legislazione antimafia ed in particolare non sussistono le cause di divieto, di decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31 maggio 1965, n. 575, e successive modificazioni.

Data_____

FIRMA

_____

allegare documento di identità come da art. 38 del DPR 445/2000

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE

La/Il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____

via _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Cittadinanza _____

avvalendosi delle vigenti disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole della responsabilità penale ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, cui è soggetto in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità

D I C H I A R A

1) che nei propri confronti non sussiste alcuna situazione di incompatibilità prevista dalla vigente legislazione antimafia ed in particolare non sussistono le cause di divieto, di decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31 maggio 1965, n. 575, e successive modificazioni.

2) di avere accettato la nomina di Responsabile Tecnico per l'attività di _____ in _____, alla via, piazza, _____ di cui è titolare l'impresa _____

3) di non essere titolare di alcun esercizio di tatuatore o piercing e di non svolgere le mansioni di Responsabile Tecnico presso altri esercizi.

4) di garantire la propria presenza durante lo svolgimento dell'attività di tatuatore e/o piercing.

Data_____

FIRMA

_____

allegare documento di identità come da art. 38 del DPR 445/2000

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI – Sezione Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione – REGIONE PUGLIA

CONTENUTO DELLA RELAZIONE TECNICA

La relazione tecnica dovrà contenere:

1. *Descrizione dell'attività che si intende esercitare*:
precisare bene le varie tipologie di prestazioni che verranno effettuate.

2. *Definizione dei requisiti strutturali*:
   - rapporti aeranti e illuminanti
   - descrizione dei vari locali con le destinazioni d'uso
   - altezze e dimensioni dei locali, e vani accessori (spogliatoio, deposito, servizi igienici, ecc.)
   - lavabilità dei pavimenti e delle pareti (allegare dichiarazione del fornitore o scheda tecnica del prodotto utilizzato)
   - approvvigionamento idrico
   - smaltimento reflui (allegare dichiarazione funzionalità impianto esistente)

3. *Eventuale presenza di impianto di aerazione artificiale*:
   - relazione tecnica aerazione artificiale, con allegato planimetria.

4. *Attrezzature*:
   - descrivere compiutamente tutte le attrezzature presenti nell'attività e loro utilizzo, nonché collocazione all'interno dei locali.

5. *Pigmenti per tatuaggi*:
   - allegare schede tecniche.

6. *Sistemi di sterilizzazione, pulizia e disinfezione adottati*:
   - descrivere le procedure adottate per la pulizia, la disinfezione e la sterilizzazione in tutti suoi passaggi e quali strumenti vengono utilizzati.

7. *Stoccaggio e smaltimento rifiuti*:
   - descrivere le modalità di stoccaggio (contenitori) e di smaltimento, specialmente per quanto attiene ai rifiuti speciali di tipo sanitario.

8. *Inoltre dovranno essere dichiarati i seguenti adempimenti:*
   - presenza di cassetta di pronto soccorso
   - esposizione di cartellonistica idonea norme per la privacy
   - adozione della scheda del cliente

9. *Ai fini di un'efficace ed uniforme attività di controllo, i titolari degli esercizi tengono documentazione scritta e debitamente aggiornata relativa a:*
   a) elenco delle tipologie di prestazione fornite con indicazione della metodica applicata;
   b) elenco dei fornitori di tutte le attrezzature e materiali utilizzati;
   c) procedure per fasi della sterilizzazione dello strumentario utilizzato, nei casi in cui occorra eseguire la sterilizzazione presso l'esercizio;
   d) procedure per la sanificazione di tutti gli ambienti;
   e) apparecchiature e attrezzature elettromeccaniche impiegate nelle prestazioni e loro manutenzione.

Ulteriori Informazioni

La SCIA deve essere presentata in duplice copia al Comune territorialmente competente. Una copia sarà trattenuta dall'interessato come ricevuta.

L'attività oggetto della SCIA può essere iniziata dalla data di presentazione della stessa all'Amministrazione competente.

Entro 60 giorni dal ricevimento della SCIA, l'Amministrazione verifica la sussistenza dei presupposti e dei requisiti e dispone, ove occorra, il divieto di prosecuzione dell'attività e la rimozione dei suoi effetti, con provvedimento motivato e notificato all'interessato entro il medesimo termine.