

Domanda di partecipazione all'attività formativa per operatore di tatuaggio e piercing

AL Dipartimento di Prevenzione  
della ASL \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

prov \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

in possesso dell'attestato di qualifica professionale rilasciato da \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso/a a frequentare il Corso Formativo Obbligatorio per operatori di tatuaggio e/o piercing, finalizzato all'acquisizione di conoscenze igienico - sanitarie e di prevenzione in relazione ai rischi di infezione e di danno all'apparato cutaneo.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

di esercitare già l'attività di tatuaggio e/o piercing nel comune di \_\_\_\_\_

prov \_\_\_\_\_

di non esercitare l'attività di tatuaggio e/o piercing.

Distinti saluti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_