

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA' FORMATIVA
PER OPERATORE DI TATUAGGIO E PIERCING**

Al Dipartimento di Prevenzione
della A.S.L. SALERNO

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 _____

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

Distinti Saluti

Luogo e data