SOL·LICITUD AUTORITZACIÓ SANITÀRIA D’ESTABLIMENTS DE TATUATGE, MICROPIGMENTACIÓ I PÍRCING

DADES DEL / DE LA SOL·LICITANT

|  |  |
| --- | --- |
| Nom i cognoms o raó social | DNI/NIE/CIF/Passaport |

DADES DEL / DE LA REPRESENTANT (en cas d’haver-n’hi)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom i cognoms o raó social | DNI/NIE/CIF/Passaport |

ADREÇA A EFECTE DE NOTIFICACIONS / COMUNICACIONS

* **Per mitjà electrònic**

Les persones jurídiques i les persones físiques obligades a relacionar-se de forma telemàtica amb l'ajuntament, rebran les comunicacions i notificacions electrònicament. *Les persones físiques no obligades* han de marcar l'opció següent per tal d'autoritzar aquest sistema:

Vull rebre notificació electrònica de totes les actuacions relacionades amb aquest procediment a l’adreça electrònica facilitada.

Aquestes es posaran a disposició del sol·licitant o, si n’hi ha, del seu representant, amb vinculació amb el NIF corresponent.

Consulteu les condicions de la notificació electrònica a [www.castellarvalles.cat/enotificacio](http://www.castellarvalles.cat/enotificacio)

Correu electrònic:

Telèfon mòbil:

* **Per correu postal** *(només disponible per a persones físiques no obligades)*

Marqui aquesta casella i indiqui l'adreça postal, si també vol rebre per correu postal notificacions i/o comunicacions relacionades amb aquesta sol·licitud.

|  |  |
| --- | --- |
| Adreça | |
| Municipi | Codi Postal |

DADES DE L’ACTIVITAT

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom i cognoms o raó social | | | | | DNI/CIF |
| Adreça | | Codi Postal | | Municipi | |
| Telèfon | Fax | | Adreça electrònica | | |

TIPUS D’ACTIVITAT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tatuatge  Pírcing | Micropigmentació  Altres | Activitat permanent  Activitat temporal |

AUTORITZACIÓ

|  |
| --- |
| Inici activitat  Canvi o modificació, especifiqueu(1)  Nº Autorització  Baixa activitat  (1) Instal·lació, ampliació, titular, NIF o domicili fiscal. |

DOCUMENTACIÓ OBLIGATÒRIA A PRESENTAR(2)

|  |
| --- |
| PER INICI D’ACTIVITAT |
| * Fotocòpia del NIF de la persona titular de l’activitat. * Descripció detallada de les instal·lacions amb plànols. * Memòria descriptiva per l’autorització sanitària. * Còpia del contracte amb el gestor autoritzat de residus sanitaris. * Document informatiu sobre les pràctiques de tatuatge, micropigmentació i pírcing a lliurar a la persona usuària d’acord amb l’Art. 5.2 del Decret 90/2008 de 22 d’Abril. * Pagament de la taxa de tramitació que fixa l’ordenança fiscal número A13 *Taxa pels serveis de Salut pública* que s’efectuarà en el moment de presentar la sol·licitud de la llicència. |
| PER CANVI O MODIFICACIÓ |
| * Original i fotocòpia acreditativa del canvi, així com la sol·licitud d’autorització sanitària degudament complimentada. |
| PER AMPLIACIÓ O CANVI D’INSTAL·LACIONS |
| * Memòria descriptiva per l’autorització sanitària que contempli l’ampliació o canvi d’instal·lació. * Descripció detallada de les instal·lacions amb plànols.   (2) D’acord amb l’Art. 14 *Autorització Sanitària municipal* del Decret 90/2008 de 22 d’Abril. |

DECLARO RESPONSABLEMENT

* Que en cas d’actuar com a representant legal, disposo de tots els poders necessaris per tramitar aquesta sol·licitud i rebre, si escau, les corresponents comunicacions i/o notificacions.
* Que les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes, així com tota la documentació que s’adjunta, i que estic obligat/da a comunicar qualsevol variació que pugui produir-se d’ara en endavant.

**SOL·LICITO**

L’autorització sanitària per a l’activitat mencionada d’acord amb el que estableix Decret 90/2008 de 22 d’abril pel qual es regulen les pràctiques de tatuatge, micropigmentació i pírcing Capítol IV (D.O.G.C. Núm. 5118 de 24 d’Abril de 2008).

Castellar del Vallès,    de/d’  de 20

Signatura,

|  |
| --- |
| **TAXA** |
| S’ha cobrat l’import de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ corresponent a la Taxa pels Serveis de Salut Pública *Autorització sanitària d’establiments de tatuatge i/o pírcing.*  **Signatura del/ de la funcionari/a,** |