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,** |