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

**SOL·LICITANT**

Nom i Cognoms o Raó social: DNI 

Adreça: Codi Postal:  Municipi:  Província:

Correo electrònic:  Telèfon mòbil: 

**REPRESENTANT**

Nom i Cognoms:  DNI: 

Adreça: Codi Postal:  Municipi:  Província:

Correu electrònic:  Telèfon mòbil: 

**DADES DE CONTACTE A EFECTES DE NOTIFICACIÓ *(1)***

Nom i Cognoms o Raó social:

Tipus de via: 

Codi Postal:  Municipi:  Província: 

Correu electrònic: Telèfon mòbil: 

☐ SOL·LICITO ser notificat electrònicament

*(1)Les persones físiques poden escollir en tot moment si es comuniquen amb les administracions públiques per exercir els seus drets i obligacions a través de mitjans electrònics o no, llevat que estiguin obligades a relacionar-se a través de mitjans electrònics amb les administracions públiques. El mitjà escollit per la persona per comunicar-se amb les administracions públiques pot ser modificat per aquella en qualsevol moment.*

*Les persones jurídiques, les entitats sense personalitat jurídica, els professionals col·legiats, per als tràmits i actuacions que portin a terme amb les administracions públiques en exercici de l’activitat professional esmentada i els qui representin un interessat que estigui obligat a relacionar-se electrònicament amb l’Administració, així com els empleats de les administracions públiques per als tràmits i actuacions que efectuïn amb elles per raó de la seva condició d’empleat públic estan obligats a relacionar-se a través de mitjans electrònics amb les administracions públiques per efectuar qualsevol tràmit d’un procediment administratiu.*

*La notificació és un sistema ràpid i eficaç i permetrà a l’Ajuntament enviar-vos la resolució a la vostra sol·licitud en el moment en que aquesta s’hagi aprovat. Les notificacions les rebreu a través de l’adreça de correu electrònic que heu facilitat en la vostra sol·licitud i us permetrà accedir a la plataforma e-Nòtum d’on podreu descarregar el document que se us està notificant. L’accés a l’anotem es senzill i es podrà realitzar seleccionant un d’aquests dos sistemes: a) Mitjançant certificat digital, b) amb clau d’accés que us proporcionarà el sistema.*

*Des del moment del dipòsit de la notificació disposeu de 10 dies naturals per accedir a la vostra notificació electrònica. Si transcorregut el termini de 10 dies no heu accedit a la notificació, aquesta s’entendrà rebutjada i l’acte es donarà per notificat.*

**DADES DE L’ESTABLIMENT**

Denominació comercial 

Adreça 

Telèfon  Adreça electrònica 

**TIPUS DE SOL·LICITUD**

Autorització inicial

Altres. Indiqueu el núm. d’autorització prèviament atorgada: 

Canvi de titular.

Ampliació/Canvi d’activitat.

Ampliació/Canvi d’instal·lacions.

Baixa de funcionament.

Duplicat autorització.

**TIPUS D’ACTIVITAT *(es pot indicar més d’una opció)***

Tatuatge

Pircings

Micropigmentació

**TIPUS D’ESTABLIMENT**

Centre específic

Centre d’estètica

Perruqueria

Altres: (especificar) 

**CARÀCTER DE L’ACTIVITAT**

Permanent

Temporal *(especificar les dates)*:Desplegable

**DADES DEL PERSONAL**

Núm. persones que treballen a l’establiment:

Núm. d’aplicadors/res: 

**ALTRES DADES**

Locals externs o separats de l’establiment principal:

No

Sí. indicar adreça i a què es destinen:





Altres observacions:

Introduir text.

**SOL·LICITUD**

Sol·licito l’autorització sanitària de funcionament per a l’activitat indicada i declaro que:

1. Són certes i exactes totes les dades especificades en aquest escrit i en els documents que s’adjunten, i que estic informat/ada que l’Administració pot comprovar-ne la veracitat de les mateixes.
2. L’establiment del qual sóc titular o representant legal compleix i aplica els requisits establerts en la legislació sanitària d’aplicació, i em comprometo a complir aquests requisits mentre exerceixi l’activitat.
3. Em comprometo a comunicar a l’administració totes les modificacions de titularitat, instal·lacions i/o activitat, així com la baixa de l’activitat.

Ripollet Signatura *(indicar nom, cognoms i DNI)*

***S’informa que:***

* *Per donar per vàlida aquesta declaració, caldrà complimentar la totalitat de les dades que es demanen en aquest document. En cas de dubte, contacteu amb el Departament de Salut Pública* [*salutpublica@ripollet.cat*](mailto:salutpublica@ripollet.cat)
* *L’Ajuntament realitzarà les inspeccions que siguin necessàries per comprovar el compliment dels requisits sanitaris, tant en la fase de tràmit de l’ASF com durant l’etapa de vigilància i control de l’activitat.*

***Informació en matèria de protecció de dades de caràcter personal***

*L’Ajuntament de Ripollet és responsable del tractament de les dades i documents facilitats per les persones interessades i les tractarà seguint els següents criteris:*

***Finalitat****: registre de les instàncies presentades als efectes de iniciar el procediment administratiu que correspongui.*

***Legitimació****: consentiment de la persona interessada, excepte en tractaments del compliment d’interès o exercici de poders públics.*

***Destinataris****: òrgan administratiu competent.*

***Conservació****: Les dades personals proporcionades es mantindran en els sistemes de registre de dades de l'Ajuntament de Ripollet i dels seus Patronats en virtut de l'art. 6.1 RGPD, i fins que s’extingeixi la finalitat del seu tractament, o en els casos que es sol·liciti pel propi interessat la supressió de les seves dades, les quals s'esborraran dels sistemes d'informació d'aquests ens.*

***Drets****: podeu accedir, rectificar, suprimir, oposar-vos i limitar les vostres dades, així com retirar el consentiment, en qualsevol moment davant de l'Ajuntament (Carrer Balmes 4, Ripollet) o per registre electrònic al web municipal* [*www.ripollet.cat*](http://www.ripollet.cat)*.*

*Les dades seran tractades de conformitat amb el Reglament 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d’abril, així com amb llei orgànica 3/2018 de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals.*

**DOCUMENTACIÓ NECESSÀRIA PER TRAMITAR LA SOL·LICITUD DE L’AUTORITZACIÓ SANITÀRIA D’ESTABLIMENTS DE TATUATGE, PÍRCING I/O MICROPIGMENTACIÓ**

1. **Documentació que cal aportar en tots els casos**

Imprès normalitzat de sol·licitud de l’autorització sanitària degudament complimentat, datat i signat

Fotocòpia del CIF de l’empresa (DNI o NIF si és una persona física), on consti la raó social i el domicili social

1. **Documentació addicional en cada cas:**
2. Autorització inicial o canvi de titularitat

Memòria descriptiva de l’activitat i de les instal·lacions. Descriure quines pràctiques es porten a terme, així com el nombre de sales de treball i el seu equipament, serveis higiènics, magatzems, sala d’esterilització i preparació del material (si s’escau), espais destinats al magatzem de productes de neteja i desinfecció, material divers, roba de treball, etc.

Plànol a escala de l’establiment, incloent la situació dels diferents elements (superfícies de treball, equipaments, autoclau, lliteres de treball, punts d’aigua, rentamans...)

Fotocòpia del contracte amb l’empresa de gestió de residus i full d’alta com a generador de residus.

Fotocòpia del full del consentiment informat, que reculli tota la informació indicada a la normativa vigent.

Document que reculli els procediments de neteja i desinfecció de les instal·lacions així com la freqüència amb la que es fan (programa de neteja i desinfecció)

Document que reculli el registre dels controls que es faran del procés d’esterilització del material (si s’escau)

Per a cada aplicador/a, aportar fotocòpia de: DNI, diploma del curs de formació higiènic-sanitària (o equivalent) i certificat de vacunació de l’Hepatitis B i Tètanus.

1. Ampliació o canvi d’activitat o d’instal·lacions

Memòria descriptiva de les noves instal·lacions i/o de l’activitat

Si s’han produït canvis en les instal·lacions: plànol de l’establiment, incloent la situació de superfícies de treball, equipaments, autoclau, lliteres de treball, punts d’aigua, rentamans.