

Solicitante

<input type="checkbox"/>	Sr.	Nombre o	Doc. identificativo:
<input type="checkbox"/>	Sra.	Razón social:	

Representante

Nombre:	Doc. identificativo:
---------	----------------------

Datos para notificaciones

Dirección electrónica:			
Teléfono móvil:		Teléfono fijo:	
Titular de la dirección:			
Dirección (en caso de ser persona física):			
Municipio:		CP:	
Quiero recibir notificaciones a través de e-NOTUM:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Expone

(Si es necesario puede utilizar el reverso o una hoja adicional)

--

Solicita

--

Girona, ____ de _____ de 20__

Firma,

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Responsable del tratamiento: Ayuntamiento de Girona.

Finalidad: Exclusiva para esta tramitación. No se cederán a terceros sin su consentimiento excepto que una norma legal lo autorice.

Base legal: El tratamiento está legitimado por la Ley municipal y de régimen local de Cataluña (DL 2/2003, art. 66) y la Ley de procedimiento administrativo común de las administraciones públicas (L 39/2015, art. 28.1 y 66).

Derechos ARSLOP: Puede ejercer los derechos sobre sus datos mediante solicitud presentada en el Registro General (plaza del Vi, 1, 17004-Girona) o en la Sede electrónica del Ayuntamiento de Girona (<https://seu.girona.cat>). **Más información** a www.girona.cat/dadespersonals.

ALCALDÍA PRESIDENCIA DEL AYUNTAMIENTO DE GIRONA

Solicitud de autorización sanitaria de establecimientos de tatuaje, micro pigmentación y piercing ubicados en la ciudad de Girona

Tipo de actividad¹

<input type="checkbox"/> Tatuaje	<input type="checkbox"/> Piercing	<input type="checkbox"/> Micropigmentación
----------------------------------	-----------------------------------	--

Carácter de la actividad

<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Temporal
-------------------------------------	-----------------------------------

Tipo de solicitud

<input type="checkbox"/> Autorización inicial	<input type="checkbox"/> Cambio de titular o razón social
<input type="checkbox"/> Cambio de NIF	<input type="checkbox"/> Cambio de domicilio social
<input type="checkbox"/> Cambio de instalaciones	<input type="checkbox"/> Cambio y/o ampliación de la cartera de servicios
<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Duplicado
Núm. De autorización: ²	

Datos del establecimiento

Denominación comercial:			
Dirección:			
Teléfono:		Dirección electrónica:	

Tipo de establecimiento

<input type="checkbox"/> Centro específico ³	<input type="checkbox"/> Hotel o similares	<input type="checkbox"/> Gimnasio o Centro Deportivo
<input type="checkbox"/> Centros de estética	<input type="checkbox"/> Centro de formación	<input type="checkbox"/> Centro de masajes
<input type="checkbox"/> Peluquería	<input type="checkbox"/> Centro de bronceado	<input type="checkbox"/> Centro de distribución ⁴
<input type="checkbox"/> Otros:		

¹ Se pueden indicar tantas opciones como sean necesarias

² Indicar el número de autorización para solicitudes de cambio o baja

³ Dedicado exclusivamente a las actividades de tatuaje, micro pigmentación y/o piercing indicadas

⁴ De material relacionado con estas actividades

Datos de la actividad

<input type="checkbox"/>	Tatuaje	<input type="checkbox"/>	Piercing	<input type="checkbox"/>	Micropigmentación
<input type="checkbox"/>	Formación: ⁵				
<input type="checkbox"/>	Servicio de venta o distribución de material: ⁶				
<input type="checkbox"/>	Temporal: ⁷				
<input type="checkbox"/>	Otros:				

Datos del personal

Núm. de personas que trabajan en el establecimiento:		
Núm. de aplicadores:		
Nombre y apellidos de las personas aplicadoras	DNI/NIE	Vacunas
		<input type="checkbox"/> Hep. B <input type="checkbox"/> Tétanos
		<input type="checkbox"/> Hep. B <input type="checkbox"/> Tétanos
		<input type="checkbox"/> Hep. B <input type="checkbox"/> Tétanos
		<input type="checkbox"/> Hep. B <input type="checkbox"/> Tétanos
		<input type="checkbox"/> Hep. B <input type="checkbox"/> Tétanos
		<input type="checkbox"/> Hep. B <input type="checkbox"/> Tétanos
		<input type="checkbox"/> Hep. B <input type="checkbox"/> Tétanos

Horario y días de apertura de la actividad

Horario general de trabajo ⁸ :	
Horario general de atención al público ⁹ :	

⁵ Especificar cursos

⁶ Relacionado con estas actividades, especificar el material

⁷ Indicar con qué evento se relaciona y las fechas de celebración

⁸ Especificar días y horas

⁹ Especificar días y horas

Descripción de las instalaciones y equipos

Locales y/o zonas		Núm	Tipo	Características u observaciones	
<input type="checkbox"/>	Salas o cabinas de trabajo		Tatuaje	<input type="checkbox"/>	Están aisladas, con cierre estanco y buena iluminación.
				<input type="checkbox"/>	Disponen de lavamanos de accionamiento no manual, dispensador de jabón y toallas desechables.
				<input type="checkbox"/>	Disponen de un recipiente de accionamiento no manual para la recogida de residuos y de un recipiente específico para residuos sanitarios.
			Micro pigmentación	<input type="checkbox"/>	Están aisladas, con cierre estanco y buena iluminación.
				<input type="checkbox"/>	Disponen de lavamanos de accionamiento no manual, dispensador de jabón y toallas desechables.
				<input type="checkbox"/>	Disponen de un recipiente de accionamiento no manual para la recogida de residuos y de un recipiente específico para residuos sanitarios.
			Piercing	<input type="checkbox"/>	Están aisladas, con cierre estanco y buena iluminación.
				<input type="checkbox"/>	Disponen de lavamanos de accionamiento no manual, dispensador de jabón y toallas desechables.
				<input type="checkbox"/>	Disponen de un recipiente de accionamiento no manual para la recogida de residuos y de un recipiente específico para residuos sanitarios.
<input type="checkbox"/>	Distribución de literas por sala				
<input type="checkbox"/>	Armarios para ropa específica				
<input type="checkbox"/>	Salas de esterilización				
<input type="checkbox"/>	Autoclaves				
<input type="checkbox"/>	Sistemas de desinfección				
<input type="checkbox"/>	Almacenes				
<input type="checkbox"/>	Almacén de basuras				
<input type="checkbox"/>	Servicios higiénicos				
<input type="checkbox"/>	Botiquín para primeros auxilios				
<input type="checkbox"/>	Otros				

Locales existentes o separados del establecimiento principal:		
<input type="checkbox"/>	Sí, dispone: ¹⁰	<input type="checkbox"/> No dispone

Girona, ___ de _____ de 20 ___

Firma,

¹⁰ En este caso, especificar su ubicación y el uso al que se destinan (almacén, ...)