

Documento de altas / baixas de actividade de tatuaxe, micropigmentación e piercing. F-13T-02-08-05

DATOS DO ESTABLECEMENTO			
NOME COMERCIAL		CIF/NIF	
RAZÓN SOCIAL		Correo electrónico	
ACTIVIDADES QUE REALIZA TATUAXE <input type="checkbox"/> MICROPIGMENTACIÓN <input type="checkbox"/> PIERCING <input type="checkbox"/>		OUTRAS ACTIVIDADES	
ENDEREZO		LOCALIDADE	
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	TELÉFONO	FAX

DATOS DO TITULAR OU REPRESENTANTE LEGAL	
NOME E APELIDOS	CIF/NIF
	TELEFONO
OBXECTO DA NOTIFICACIÓN: ALTA <input type="checkbox"/> BAIXA <input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/>	
ATÓPASE EN CONDICIÓNS DE ACREDITAR O CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS E CONDICIÓNS HIXIENICO SANITARIAS ESTABLECIDAS NO DECRETO 13/ 2004 SOBRE PRÁCTICAS DE TATUAXE, MICROPIGMENTACIÓN E PIERCING:	
SI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

FICHAS CORRESPONDENTES AO PERSOAL APLICADOR	
TATUAXE	
NOME E APELIDOS:	D.N.I
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIFICA: ■ LICENCIATURA EN CIENCIAS DA SAÚDE <input type="checkbox"/> ■ DIPLOMATURA EN CIENCIAS DA SAÚDE <input type="checkbox"/> ■ TÉCNICO SUPERIOR EN ESTÉTICA <input type="checkbox"/> ■ CURSO ACREDITADO (25 HORAS) <input type="checkbox"/>	TITULACIÓN: NOME DA ENTIDADE DE FORMACIÓN (de se-lo caso):
PIERCING	
NOME E APELIDOS:	D.N.I
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIFICA: ■ LICENCIATURA EN CIENCIAS DA SAÚDE <input type="checkbox"/> ■ DIPLOMATURA EN CIENCIAS DA SAÚDE <input type="checkbox"/> ■ TÉCNICO SUPERIOR EN ESTÉTICA <input type="checkbox"/> ■ CURSO ACREDITADO (25 HORAS) <input type="checkbox"/>	TITULACIÓN: NOME DA ENTIDADE DE FORMACIÓN (de se-lo caso):
MICROPIGMENTACIÓN	
NOME E APELIDOS:	D.N.I
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIFICA: ■ LICENCIATURA EN CIENCIAS DA SAÚDE <input type="checkbox"/> ■ DIPLOMATURA EN CIENCIAS DA SAÚDE <input type="checkbox"/> ■ TÉCNICO SUPERIOR EN ESTÉTICA <input type="checkbox"/> ■ CURSO ACREDITADO (25 HORAS) <input type="checkbox"/>	TITULACIÓN: NOME DA ENTIDADE DE FORMACIÓN (de se-lo caso):



OUTRAS ACTIVIDADES DE DECORACIÓN CORPORAL QUE IMPLIQUEN A PERFORACIÓN DA PEL, MUCOSAS E TECIDOS	
NOME E APELIDOS:	D.N.I
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIFICA: ▪ LICENCIATURA EN CIENCIAS DA SAÚDE <input type="checkbox"/> ▪ DIPLOMATURA EN CIENCIAS DA SAÚDE <input type="checkbox"/> ▪ TÉCNICO SUPERIOR EN ESTÉTICA <input type="checkbox"/> ▪ CURSO ACREDITADO (25 HORAS) <input type="checkbox"/>	TITULACIÓN: NOME DA ENTIDADE DE FORMACIÓN (de se-lo caso):

OBSERVACIÓNS:

Data da notificación:, de de
20.....

O titular ou representante legal

O/A xefe/a territorial da Consellería de Sanidade