

 Regione Lombardia	MODULISTICA REGIONALE UNIFICATA S.C.I.A. - SCHEDA 3	Allegato alla segnalazione di C.F. <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td> </tr> </table>																																					
REQUISITI PROFESSIONALI PER ATTIVITÀ DI SERVIZI ALLA PERSONA																																							
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Acconciatore 3.1 </div> <p>Responsabile tecnico designato ai sensi dell' art. 3, c. 5, della Legge 174/05:</p> <p>in qualità di: <input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Socio partecipante al lavoro <input type="checkbox"/> Familiare coadiuvante / collaboratore/dipendente dell'impresa</p> <p>Cognome _____ Nome _____</p> <p>Codice Fiscale <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td> </tr> </table></p> <p>Data di nascita: ___ / ___ / ___ Cittadinanza: _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Luogo di nascita: Stato _____ Comune _____ Prov. <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table></p> <p>Residenza: Comune _____ Prov. <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table></p> <p>Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table></p> <p>in possesso della qualificazione professionale di acconciatore rilasciata da:</p> <p>_____</p> <p>in data ___ / ___ / _____</p>																																							
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Estetista 3.2 </div> <p>in qualità di: <input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> socio <input type="checkbox"/> Familiare coadiuvante / collaboratore/dipendente dell'impresa</p> <p>Cognome _____ Nome _____</p> <p>Codice Fiscale <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td> </tr> </table></p> <p>Data di nascita: ___ / ___ / ___ Cittadinanza: _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Luogo di nascita: Stato _____ Comune _____ Prov. <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table></p> <p>Residenza: Comune _____ Prov. <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table></p> <p>Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table></p> <p>in possesso della qualificazione professionale di estetista di cui alla legge 1/90 rilasciata da:</p> <p>_____</p> <p>in data ___ / ___ / _____</p> <p>Si impegna ad utilizzare apparecchi elettromeccanici per uso estetico che rientrano nell'elenco allegato alla legge 1/90 e ad utilizzare locali, attrezzature e prodotti conformi ai requisiti definiti nel regolamento comunale e comunque ai requisiti minimi di cui al Decreto D.G. Sanità 13 marzo 2003, n. 4259</p>																																							
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Esecuzione di tatuaggio e piercing 3.3 </div> <p>in qualità di: <input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> socio <input type="checkbox"/> Familiare coadiuvante / collaboratore/dipendente dell'impresa</p> <p>Cognome _____ Nome _____</p> <p>Codice Fiscale <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td> </tr> </table></p> <p>Data di nascita: ___ / ___ / ___ Cittadinanza: _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>Luogo di nascita: Stato _____ Comune _____ Prov. <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table></p> <p>Residenza: Comune _____ Prov. <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr> </table></p> <p>Via, Piazza _____ n° _____ C.A.P. <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table></p> <p>in possesso di attestato relativo al corso di formazione per l'attività rilasciata da:</p> <p>_____</p> <p>in data ___ / ___ / _____</p> <p>Si impegna al rispetto delle norme igienico-sanitarie applicabili all'attività ed alle indicazioni di cui al Decreto D.G. Sanità 27 aprile 2004 n. 6932 nell'esercizio dell'attività.</p>																																							
ID pratica MUTA:		S.C.I.A. - SCHEDA 3 - Pag. 1																																					