



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Direttore Dott.ssa Donatella Varrenti
Piazza Vescovile, 4 ó Albano Laziale (RM)
Tel. 06/93275330 ó Fax 06/93274476



ALLEGATO SANITARIO

Mod. AS3

PER ATTIVITÀ DI TATUAGGI, TRUCCO PERMANENTE, SEMI-PERMANENTE E PIERCING
(da presentare al SUAP del Comune territorialmente competente unitamente alla SCIA e alla eventuale documentazione integrativa)

Al Dipartimento di Prevenzione
Servizio di Igiene e Sanità Pubblica
ASL RM H

Per il tramite del Comune di

Dichiarazione ai fini del rispetto dei requisiti igienico/sanitari ó Linee guida per l'esecuzione di procedure di tatuaggio e piercing in condizioni di sicurezza.

(D.P.R. 380/2001, D. Lgs. 152/2006, D.P.R. 227/2011, D.M. 37/2008, D.P.R. 462/2001, D.P.R. 151/2011, L. 241/1990, D. Lgs. 81/2008, L. 13/1989, D.M. 236/1989, D.G.R. Lazio 424/2001, D.G.R. Lazio 4796/98, Linee guida Ministero della Sanità, L. 40/2007, D. Lgs. 206/2005 e normative specifiche di settore)

Il/la sottoscritto/a
ai fini del rispetto dei requisiti igienico sanitari per l'attività di .
denominazione
svolta nei locali siti in Via/P.za

ai sensi degli artt. 21, 38, 46, 47 e 76 del DPR 445/00 consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

- di essere nato/a (Prov.) il
- di essere residente in (Prov.)
Via/P.za n. CAP .
n. tel. mobile n. tel. fisso e-mail
- di avere il Cod. Fisc.
- di essere il legale rappresentante della
con sede legale in (Prov.)
Via/P.za n. CAP
P. Iva C.F.
iscritta alla C.C.I.A.A. di al n° del

REQUISITI AMBIENTALI E STRUTTURALI

- che i locali sono aerati:
naturalmente (finestratura apribile 1/8 della superficie del pavimento)
artificialmente mediante impianto meccanico
- che i locali sono illuminati:
naturalmente (superfici vetrate)
artificialmente
- di avere personale dipendente: SI NO
se SI, indicare:

	Maschi	Femmine	Totale
- ADDETTI			
- SERVIZI IGIENICI	WC n.	Lavabi n.	Spogliatoi n.
servizi riscaldati	SI	NO	
acqua calda lavabi	SI	NO	
- che la sala d'attesa è separata dagli altri ambienti:
SI NO
- che lo spazio per le procedure di tatuaggio/piercing è separato da altri ambienti:
SI NO
- che il numero di postazioni di lavoro è: box n.
- che sono presenti aree con pareti lisce lavabili e disinfettabili, con angoli a sguscio, senza soluzioni di continuità nettamente separate destinate:
 - al trattamento dei presidi, pulizia e sterilizzazione dei materiali sporchi, provvista di vasca con acqua calda e fredda per il lavaggio dei materiali, attrezzata con contenitori chiusi lavabili
SI NO
 - conservazione dei materiali puliti e sterilizzati attrezzata con stipetti chiusi e disinfettabili
SI NO
- che la biancheria utilizzata è: monouso lavabile
- che sono prodotti rifiuti pericolosi: SI NO
se SI, indicare le procedure adottate per il corretto smaltimento
 - che sono presenti contenitori per i rifiuti sufficienti per il fabbisogno giornaliero (contenitori rigidi per aghi e taglienti e sacchi impermeabili per raccolta rifiuti non taglienti):
SI NO
 - che è presente uno spazio per lo stoccaggio temporaneo dei rifiuti pericolosi:
SI NO

REQUISITI APPARECCHIATURE, STRUMENTI ED ATTREZZATURE

- che le apparecchiature elettromeccaniche utilizzate per le pratiche di tatuaggio, trucco permanente e semi-permanente utilizzate sono conformi alla normativa vigente: SI NO
- che le altre apparecchiature elettromeccaniche utilizzate nell'attività sono:

- che l'esercizio è provvisto di sterilizzatore:

SI	NO	Solo materiale MONOUSO
----	----	------------------------

 se SI, indicare tipo (autoclave, fornetto di Pasteur, etc.) e procedure di sterilizzazione:

- che è presente in sede il manuale d'uso e manutenzione per tutte le apparecchiature presenti:

SI	NO
----	----
- che gli strumenti utilizzati sono:
 - aghi, tubi e taglienti monouso sterili (recanti nome del fabbricante e/o responsabile sterilizzazione, metodo sterilizzazione, scadenza, numero del lotto)

SI	NO
----	----

 - lotto, data minima durabilità, indicazioni d'uso ed avvertenze, lista ingredienti, garanzia di sterilità)

SI	NO
----	----

 - in confezione monodose con valvola di non reintroduzione

NO

 - cup monouso (in caso non si utilizzino pigmenti monodose)

SI	NO
----	----
 - diluenti atossici e sterili

SI	NO
----	----
- che sono presenti in sede le schede tecniche e/o di sicurezza in italiano di tutti i prodotti (pigmenti, diluenti, ecc.):

SI	NO
----	----
- che sono presenti certificazioni della ditta produttrice sulla atossicità e sterilità dei pigmenti / inchiostri / diluenti utilizzati - ResAP(2008)1:

SI	NO
----	----

PROCEDURE

- che l'elenco del materiale (disinfettanti, antisettici, ecc.), della strumentazione e le modalità utilizzate per la decontaminazione, disinfezione ad alto livello e sterilizzazione sono:

- che le cautele adottate a tutela degli utenti nella conduzione igienica dell'attività sono (procedure per disinfezione mani, disinfezione degli ambienti, conservazione dei pigmenti, decontaminazione spandimenti di sangue):

- che l'utente viene informato sul rischio di trasmissione di malattie infettive (Memorandum all. 3 Linee Guida Ministero della Sanità del 05/02/1998):

SI	NO
----	----

DOCUMENTAZIONE E CERTIFICAZIONI

di essere in possesso del certificato di agibilità rilasciato in data _____ prot. _____
dal Comune di _____

che la destinazione d'uso dei locali è _____

che i locali sono dotati di acqua destinata al consumo umano:

fornita dall'acquedotto pubblico

fornita da acquedotto privato/pozzo aut. n. _____ del _____ rilasciata da _____
con Giudizio di Idoneità richiesto/rilasciato dal SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione) della
ASL ai sensi del D.L.vo n. 31/2001 art. 6 punto 5 bis con nota prot. n. _____ del _____

che le acque reflue sono smaltite mediante:

fognatura comunale - autorizzazione allo scarico n. _____ del _____
rilasciata da _____

idoneo sistema di smaltimento alternativo ó autorizzazione n. _____ del _____
rilasciata da _____

idoneo sistema di smaltimento alternativo - A.U.A n. _____ del _____
rilasciata dal SUAP del Comune di _____ ai sensi del
DPR n. 59/2013

Qualora i locali non siano serviti da fognatura comunale, specificare le modalità di smaltimento alternativo

di essere in possesso della dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico ai sensi del D.M. 37/08:

SI NO

di aver ottemperato agli obblighi di avvenuta omologazione dell'impianto elettrico presso INAIL (ex ISPESL)
ed ARPA Lazio ai sensi del D.P.R. 462/01, poiché è presente personale dipendente o equiparato come definito
dall'art. 2 del D. Lgs. 81/08 ed essere in possesso della verifica periodica dell'impianto di messa a terra:

SI NO

di essere soggetto agli obblighi di cui al DPR 151/2011 per la prevenzione incendi ed aver provveduto
all'inoltro della SCIA antincendio presso i VV.F. per attività in categoria:

A B C Attività non soggetta a SCIA antincendio

di essere in possesso dell'autorizzazione in deroga rilasciata al sottoscritto, ai sensi dell'art. 65 del D. L.vo
81/08, dal Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPreSAL) della ASL RM H n.
prot _____ del _____ (in caso di locali interrati adibiti a luogo di lavoro con presenza di
lavoratori ex art. 2 D. L.vo 81/2008)

SI NO NON NECESSARIO

In riferimento al **rischio di emissioni di gas endogeni pericolosi (CO₂, H₂S, Radon)** nei **Comuni di Anzio, Castel Gandolfo, Ciampino, Marino e Pomezia**, dichiara di aver applicato, per tutte le attività non rientranti nel campo di applicazione del D. L.vo 81/08 (assenza di personale dipendente o equiparato come definito all'art. 2 del D. Lgs. 81/08), le misure di tutela indicate nella nota della ASL Roma H ó Dipartimento di Prevenzione prot. gen. n. 88255 del 15/10/2012, reperibile presso gli uffici dei distretti specificati in allegato

SI NO NON NECESSARIO

di essere in possesso dell'autorizzazione rilasciata al sottoscritto, ai sensi dell'art. 63 comma 1, relativo al punto 1.2 dell'Allegato 4 del D. Lgs. 81/08, dal Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPreSAL) della ASL RM H prot. n. _____ del _____ (indispensabile per adibire a luogo di lavoro i locali di altezza inferiore a tre metri nelle aziende industriali e artigianali con lavoratori ex art. 2 D. Lgs. 81/2008)

SI NO NON NECESSARIO

di allegare (*barrare le voci corrispondenti alla documentazione che si allega*):

- ✓ ricevuta del versamento dei diritti sanitari per valutazione / registrazione SCIA e sopralluogo ove previsto **intestato ad ASL RM H Albano Laziale ó SISP su c.c. postale n. 20633020** oppure su c/c bancario **cod. IBAN IT 97 O 02008 38864 000400007355**, indicando come causale **óCENTRO COSTO 042017010í - SISP H/í ö (*) di p 51,65** (*punto 1.4.1 del tariffario unico regionale*)

- ✓ una planimetria in scala 1:100 timbrata e firmata da un tecnico abilitato riportante:
tipologia dell'attività, nominativo del richiedente, comune ed indirizzo del locale, destinazione d'uso, altezze, superfici in mq., abaco delle superfici finestrate apribili (rapporti aeroilluminanti), sezioni longitudinali e trasversali, eventuali quote di interramento, una planimetria di inquadramento generale, in opportuna scala, (es. 1/2000 - 1/5000) con relativa legenda di zonizzazione, sulla quale devono essere indicate: le distanze dell'insediamento dai confini di proprietà e, qualora presenti, da residenze civili sparse, da residenze civili concentrate, dai siti sensibili (scuole, asili, ospedali, parchi pubblici, etc.), da

elenco dei pigmenti utilizzati

fotocopia documento di identità del dichiarante

Estremi del documento

Data e luogo

Firma del dichiarante

Inserire solo nome e cognome

Il presente modello deve essere firmato digitalmente prima di essere allegato

Informativa D.Lgs. 196/03 art.13 (Privacy)

- I dati da lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per la istruttoria dell'istanza da lei formulata e per le finalità strettamente connesse;
- Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici;
- I dati non verranno comunicati a terzi, salvo quanto necessario per l'adempimento degli obblighi connessi alla normativa in materia di diritto di accesso; in particolare, ai sensi di quanto disposto dalla L. 241/90 e s.m.i., nel caso in cui il documento richiesto contenga informazioni riferite a soggetti terzi che all'esercizio del diritto di accesso vedrebbero compromesso il proprio diritto alla riservatezza, l'Azienda è tenuta a fornire loro notizia della richiesta trasmettendo copia della stessa;
- Il conferimento dei dati è obbligatorio;
- La conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la seguente: **non validazione del corso**;
- Il titolare del trattamento è l'Azienda USL RM H;
- Il responsabile del trattamento è \dots ;
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dall'art. 7 del D.Lgs 196/03, rivolgendosi all'indirizzo in epigrafe.

(*)

DISTRETTO H1 - CENTRO DI COSTO 0420170101

Comprende i Comuni di: *Frascati, Colonna, Grottaferrata, Montecompatri, Monte Porzio Catone, Rocca di Papa, Rocca Priora*

Sede di Frascati - Via E. Fermi, 2 - Tel. 06.93274476 fax 06.93274478

Dirigente Dott.ssa Franca Mangiagli

DISTRETTO H2 - CENTRO DI COSTO 0420170102

Comprende i Comuni di: *Albano Laziale, Ariccia, Castelgandolfo, Genzano di Roma, Nemi, Lanuvio*

Sede di Ariccia c/o Ospedale Spolverini Via delle Cerquette, 2 - Tel. 06.93273758 fax 0693273757

Dirigente Dott. Daniele Gentile

DISTRETTO H3 - CENTRO DI COSTO 0420170103

Comprende i Comuni di: *Marino e Ciampino*

Sede di Ciampino - Via Calò, 5 - Tel. 0693275360 fax 06.93275550

Dirigente Dott.ssa Caterina Aiello

DISTRETTO H4 - CENTRO DI COSTO 0420170104

Comprende i Comuni di: *Ardea e Pomezia*

Sede di Pomezia - Via dei Castelli Romani, 2/p - Tel. 06.93275213 fax 06.93275205

Dirigente Dott.ssa Margherita Rui

DISTRETTO H5 - CENTRO DI COSTO 0420170105

Comprende i Comuni di: *Velletri e Lariano*

Sede di Velletri - Via San Biagio, 5 - Tel. 06.93272444 fax 06.93272443

Dirigente Dott. Francesco Beato

DISTRETTO H6 - CENTRO DI COSTO 0420170106

Comprende i Comuni di: *Anzio e Nettuno*

Sede di Anzio - Viale Severiano, 5 - Tel. 06.93276103 fax 0693276122

Dirigente Dott. Roberto Giammattei