



DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE LOS REQUISITOS HIGIÉNICO-SANITARIOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS E INSTALACIONES EN LOS QUE SE APLICAN LAS TÉCNICAS DE TATUAJE, MICROPIGMENTACIÓN O PERFORACIÓN CUTÁNEA "PIERCING", Y DEL INSTRUMENTAL, LOS EQUIPOS Y LOS PRODUCTOS QUE SE EMPLEAN EN LA APLICACIÓN DE LAS CITADAS TÉCNICAS

OPCIONES:

Inicio actividad Ampliación / Cambio de actividad Cambio de domicilio social Cese definitivo de la actividad

Decreto _____ / _____, de _____ de _____ de _____ (BOJA n° _____ de fecha _____)

1 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO O INSTALACIÓN							
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:							DNI/NIF/NIE:
DOMICILIO SOCIAL:							
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O INSTALACIÓN:							
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO O INSTALACIÓN:							
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:						
NÚMERO:	CALIFICADOR DE NÚMERO: (LETRA):	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:				PROVINCIA:			CÓD. POSTAL
TELÉFONO:				FAX:			
DOMICILIO SOCIAL							
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:						
NÚMERO:	CALIFICADOR DE NÚMERO: (LETRA):	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN:				PROVINCIA:			CÓD. POSTAL
TELÉFONO:				FAX:			
2 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL							
NOMBRE Y APELLIDOS:							DNI/NIE/NIF:
EN CALIDAD DE						SEXO	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
CORREO ELECTRÓNICO:							
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:						
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚCLEO POBLACIÓN:				PROVINCIA:	PAIS:	CÓD. POSTAL	
NÚMERO TELÉFONO:				NÚMERO FAX:			
3 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE							
CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA SOLICITANTE (cumplimentar sólo en caso de que la persona solicitante sea una persona física, no jurídica)							
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)							
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.							
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y aporto fotocopia autenticada del DNI/NIE							
CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA REPRESENTANTE							
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)							
<input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.							
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTO y aporto fotocopia autenticada del DNI/NIE.							



002592

00116056



4 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN	
Marque sólo una opción.	
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:	
DOMICILIO NOTIFICACIONES:	
TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:	
NÚMERO:	LETRA: KM EN LA VÍA: BLOQUE: PORTAL: ESCALERA: PLANTA: PUERTA:
NÚCLEO DE POBLACIÓN: PROVINCIA: PAIS: COD. POSTAL:	
TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL: CORREO ELECTRÓNICO:	
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía.	
En tal caso:	
<input type="checkbox"/> Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.	
<input type="checkbox"/> Manifiesto que NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.	
Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.	
Apellidos y nombre: DNI/NIE:	
Correo electrónico: N° teléfono móvil:	
5 DESCRIPCIÓN EMPLAZAMIENTO	
Descripción de acuerdo con el art. 10:	
EDIFICIO/LUGAR DE UBICACIÓN:	
Describir:	
ÁREA DE TRABAJO:	
Describir:	
Paredes:	
Suelos:	
Mobiliario:	
ÁREA DE RECEPCIÓN E INFORMACIÓN:	
Señalar si se realiza:	
Hojas de reclamaciones:	
Información sobre prácticas:	
ÁREA DE ESPERA:	

002592

00116056



5 DESCRIPCIÓN EMPLAZAMIENTO (Continuación)

ÁREA DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN ESTERILIZACIÓN Y ALMACENAMIENTO

Programa de desinfección, desinsectación y desratización:

Certificado, Fecha.....

Programa de gestión de residuos peligrosos:

Nombre de empresa ...

ASEO:

6 DESCRIPCIÓN EQUIPO, INSTRUMENTAL Y PRODUCTOS EMPLEADOS

Art. 12

Señalar y describir:

AGUJAS, JERINGUILLAS Y CUCHILLAS:

ELECTRODOS:

TINTAS AUTORIZADAS:

ENVASES DE PRODUCTOS DE TATUAJE:

GUANTES:

ROPA DE TRABAJO:

JOYAS DE "PIERCING":

BOTIQUIN:

OTROS:

002592

00116056



7	DESCRIPCIÓN MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN UTILIZADOS
Art. 13 Describir:	<p>EQUIPO DE ESTERILIZACIÓN:</p> <p>MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN:</p> <p>TIPO DE MANTENIMIENTO: Periodicidad:</p> <p>MÉTODOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN:</p>
8	TÉCNICAS DE TATUAJE Y/O MICROPIGMENTACIÓN UTILIZADAS
Art. 6 Describir:	
9	TÉCNICAS DE PERFORACIÓN CUTÁNEA "PIERCING"
Art. 6 Describir:	
10	REQUISITOS DE LA PERSONA APLICADORA
Art. 15	<p>TITULACIÓN O FORMACIÓN:</p> <p>UNIDADES COMPETENCIALES Capacitación para:</p> <p>Realizar y supervisar técnicas de tatuaje artístico:</p> <p>Realizar y supervisar procesos de micropigmentación:</p> <p>Realizar perforación cutánea "piercing":</p>

002592

00116056

