Excmo. Ayuntamiento de Benalmádena

APERTURAS

03.05.05.06

Declaración Responsable establecimientos dedicados al tatuaje, micropigmentación o “piercing”.

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 ☐ CAMBIO DE DOMICILIO SOCIAL

Decreto ……/……, de ……. de …….. de …… (BOJA nº ……. de fecha ……)

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO O INSTALACIÓN

DNI/NIF/NIE:	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:
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:
NUCLEO DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:			CÓD. POSTAL:	
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:		EMAIL:				

DOMICILIO SOCIAL

TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:						
NÚMERO:	CALIFICADOR DE NÚMERO: (LETRA):	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NÚMERO DE POBLACIÓN:		PROVINCIA:			CÓD. POSTAL:		
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:		EMAIL:				

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE Y APELLIDOS:						DNI/NIE/NIF:	
EN CALIDAD DE:						SEXO: ☐H ☐F	
CORREO ELECTRÓNICO:							
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:						
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
NUCLEO POBLACIÓN:		PROVINCIA:			PAÍS:	CÓD. POSTAL:	
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:		EMAIL:				

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).

☐ Presto mi **CONSENTIMIENTO** para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.

☐ **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):

☐ Presto mi **CONSENTIMIENTO** para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.

☐ **NO CONSIENTO** y aporto fotocopia autenticada del DNI/NIE

CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE

Marque sólo una opción:

☐ **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:		PAÍS:		CÓD. POSTAL:
TELEFONO FIJO:		TELEFONO MOVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			

☐ **OPTO** por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de laJunta de Andalucía.

En tal caso:

☐ Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.

☐ 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@.
Apellido y nombre: …… DNI/NIE: ……

Correo electrónico: …… Nº teléfono móvil: ……

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:

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:

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:

DESCRIPCIÓN MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN UTILIZADOS

Art. 13

Describir:

EQUIPO DE ESTERILIZACIÓN:

MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN:

TIPO DE MANTENIMIENTO:

Periodicidad:

MÉTODOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN:

TÉCNICAS DE TATUAJE Y/O MICROPIGMENTACIÓN UTILIZADAS

Art. 6

Describir:

TÉCNICAS DE PERFORACIÓN CUTÁNEA "PIERCING"

Art. 15

TITULACIÓN O FORMACIÓN:

UNIDADES COMPETENCIALES Capacitación para:

Realizar y supervisar técnicas de tatuaje artístico:

Realizar y supervisar procesos de micropigmentación:

Realizar perforación cutánea "piercing":

Vacuna HEPATITIS B:

Fecha:

Medidas de protección y prevención.:

Describir:

Medidas de protección y prevención de enfermedades.:

Estar vacunado contra el tétanos:

LISTADOS DE RESIDUOS

Art. 16
Describir:

GESTOR RESIDUOS CONTRATADO

Art. 6 y 16

NOMBRE:		NIF:
DOMICILIO:		
LOCALIDAD	PROVINCIA:	CÓD. POSTAL:

INFORMACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAS USUARIAS

Art. 17, 18 y 19

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Datos de identificación: Nombre, apellidos, edad y sexo**
- **Denominación genérica de la técnica**
- **Descripción detallada de la técnica**

ARCHIVO Y CUSTODIA DE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO

INFORMACIÓN OBLIGATORIA A LAS PERSONAS USUARIAS

- **Duración en el tiempo**
- **Información sobre posibilidades de eliminación**
- **Medidas higiénico sanitarias que se aplicarán**
- **Información sobre cuidados de la técnica a aplicar**
- **Medidas de cuidado, desinfección y limpieza posteriores a la intervención**
- **Complicaciones y contraindicaciones**

LUGAR, FECHA Y FIRMA

En …… a …….. de …… de …….

LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE

Fdo.:……

El Excelentísimo Ayuntamiento de Benalmádena, como Responsable de tratamiento de sus datos, le informa que los mismos podrán ser utilizados para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias, cuya legitimación está basada en el ejercicio de poderes públicos otorgados a esta Entidad y el consentimiento del interesado. Se cederán datos, en su caso, a otras Administraciones Públicas y a los encargados del tratamiento de los datos. Los datos serán conservados durante el tiempo necesario para poder cumplir con las obligaciones legales que encomienda la normativa administrativa. De conformidad con lo dispuesto en las normativas vigentes en protección de datos personales, 2016/679 (RGPD) y la Ley Orgánica de Protección de Datos en España, los interesados podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, olvido, portabilidad y limitación del tratamiento mediante instancia presentada ante el Registro General del Ayuntamiento. **Información adicional**: www.benalmadena.es/

SR. ALCALDE PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE BENALMÁDENA

Avda. Juan Luis Peralta s/n · 29639 · Benalmádena · Málaga · Tfno. 952579800 · www.benalmadena.es