

# Memòria descriptiva de l'activitat i de les instal·lacions per a l'autorització sanitària d'establiments de TATUATGE, MICROPIGMENTACIÓ I PÍRCING

## Dades d'identificació de l'establiment

Nom i cognoms o Raó social

Domicili

## Tipus d'establiment

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centre específic per a alguna de les activitats sol·licitades | <input type="checkbox"/> Gimnàs o Centre Esportiu  |
| <input type="checkbox"/> Centre d'Estètica   | <input type="checkbox"/> Centre de formació d'aquestes activitats                            |
| <input type="checkbox"/> Perruqueria   | <input type="checkbox"/> Centre de distribució (material relacionat amb aquestes activitats) |
| <input type="checkbox"/> Hotel o similars  | <input type="checkbox"/> Altres: (especificar) _____   |
| <input type="checkbox"/> Centre de massatges   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Centre de bronzejat   |  |

## Dades de l'activitat

Assenyalar totes les activitats que corresponguin:

- Tatuatge    Micropigmentació    Pírcing  
 Formació (Especificar cursos) \_\_\_\_\_

- Servei de venda o distribució de material relacionat amb aquestes activitats

Especificar

- Esdeveniment temporal.      Especificar les dates de celebració: \_\_\_\_\_  
 Altres: (especificar) \_\_\_\_\_

## Dades del personal

- Núm. de persones que treballen a l'establiment:  
 Núm. d'aplicadors:  
 Nom i cognoms dels aplicadors (Persones que treballen específicament en aquestes activitats)

## Horari i dies de l'activitat

Horari de l'activitat:

- Horari general de treball: \_\_\_\_\_  
- Horari general d'atenció al públic: \_\_\_\_\_

Dies de l'activitat:

- Dilluns    Dimecres    Divendres    Diumenge  
 Dimarts    Dijous    Dissabte

Observacions sobre dies i horaris:

## Descripció de les instal·lacions i equips

<u>Locals i/o zones</u>	<u>Número</u>	<u>Característiques o observacions</u>
<input type="checkbox"/> Sales de treball Tatuatge	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sales de treball Pírcing	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sales de treball Micropigmentació	_____	_____
<input type="checkbox"/> Lliteres de treball	_____	_____
<input type="checkbox"/> Distribució de lliteres per sala	_____	_____
<input type="checkbox"/> Armaris per materials específics	_____	_____
<input type="checkbox"/> Armaris per roba específica	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sales d'esterilització	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autoclaus	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sistemes de desinfecció	_____	_____
<input type="checkbox"/> Magatzems	_____	_____
<input type="checkbox"/> Magatzem d'escombraries	_____	_____
<input type="checkbox"/> Serveis higiènics	_____	_____
<input type="checkbox"/> Altres _____	_____	_____

Locals externs o separats de l'establiment principal

- No disposa  
 Sí disposa

En aquest cas, especificar la seva ubicació i l'ús a què es destinen (magatzem, ...)

## Observacions

*Aquest apartat és lliure per tal d'incloure observacions o aclariments sobre alguna dada anterior o d'altres que es considerin d'interés sobre l'activitat i les instal·lacions objecte de l'autorització sanitària. En cas necessari podeu afegir més fulls.*