

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER OPERATORI DI
TATUAGGIO E PIERCING**

Al Dipartimento di Prevenzione
Azienda ULSS n. 12 VENEZIANA
P.le SL Giustinian, 11/D
30174 MESTRE (VE)
Fax: 041 2608441

Il/La sottoscritto/a _____ Codice Fiscale: _____
nato/a _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____ in via _____
TEL. _____ CELL. _____ E-MAIL _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a frequentare il corso di formazione obbligatorio per operatori di tatuaggio e piercing, finalizzato al conseguimento dell'idoneità igienico-sanitaria per eseguire trattamenti di tatuaggio e piercing previsto con DGR n. 693 del 23/03/2001.

A tal fine, consapevole che, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di essere in possesso di:

(barrare le caselle riferite alla propria situazione)

- diploma di istruzione secondaria di 2° grado (indicare il diploma) _____
acquisito in data _____ presso _____
- qualifica professionale almeno triennale (indicare la qualifica) _____
acquisita in data _____ presso _____
- qualifica professionale di "estetista"
acquisita in data _____ presso _____

Dichiara altresì di impegnarsi a frequentare con regolarità le lezioni programmate del corso versando la quota individuale di partecipazione, pena l'esclusione.

Si chiede inoltre che ogni comunicazione venga inviata al seguente recapito:

Via/Piazza _____ n. _____ Comune di _____ prov. _____ CAP _____
TEL. _____ CELL. _____ E-MAIL _____

Si allega fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

Firma leggibile
