



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AGRIGENTO

ALLEGATO A

Istanza di Manifestazione di interesse al corso di formazione obbligatorio per Operatori di Tatuaggio e Piercing.

(Decreto Regione Siciliana 31 luglio 2003)

A.S.P. Agrigento
Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene Ambienti di Vita
Viale della Vittoria, 321
92100 Agrigento

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ Cod.Fiscale _____
residente a _____ in via _____
n.civ. _____ tel/cell. _____ mail _____

DICHIARA

- di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
rilasciato da _____ in data _____;
- di aver compiuto il 18° anno di età;
- di aver effettuato la vaccinazione antiepatite B;
- di essere interessato/a a frequentare il Corso di Formazione Obbligatorio per Operatori di Tatuaggio e Piercing finalizzato al conseguimento dell' idoneità professionale sanitaria per eseguire trattamenti di tatuaggio e piercing;
- di essere a conoscenza che il percorso formativo in tema di tatuaggi e piercing, secondo quanto previsto dalle Linee Guida del Decreto Regione Siciliana del 31 luglio 2003, prevede una quota di iscrizione a carico di ciascun partecipante, pari a € 500,00;
- di essere in possesso del requisito decennale del titolo di studio (da intendersi come ammissione al terzo anno di scuola media superiore), tranne per quanti sono in possesso della qualifica professionale di estetista, per come previsto dalle linee guida di cui al decreto 31 luglio 2003.

Informativa sulla privacy - Facendo riferimento al D.lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" così come modificato ed integrato dal D.lgs. n. 101/2018, si evidenzia che soggetto attivo della raccolta e del trattamento dei dati è l' Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento e che i dati personali forniti sono trattati nell' ambito del presente procedimento secondo le modalità e finalità di cui al richiamato D.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. e del Regolamento UE 2016/679.

Allega: Copia del documento di riconoscimento in corso di validità

Luogo e data _____

Firma _____