



**COMUNE DI BIELLA**  
SPORTELLINO UNICO ATTIVITA' PRODUTTIVE  
\*\*\*\*\*

**ATTIVITA' DI ACCONCIATORE - ESTETISTA**

Legge 4 gennaio 1990, n. 1 – Legge n. 174/2005 – D.Lgs. n. 59/2010 – L.R. N. 38/2009

**SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'**

Legge 7 agosto 1990, n. 241 – art. 19

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... Prov. .... il ..... cittadinanza .....

residente a .....Prov. .... Via/Piazza ..... n..... lett...

telefono (**indicare recapito**) .....C.Fiscale : .....

in qualità di:

**titolare dell'omonima impresa individuale**

con sede legale in .....Prov..... Via/Piazza .....n. ....lett.....

telefono (**indicare recapito**) .....C.Fiscale/P.Iva : .....

**legale rappresentante della Società** (denominazione) .....

con sede legale in .....Prov..... Via/Piazza .....n. ....lett.....

telefono (**indicare recapito**) .....C.Fiscale/P.Iva : .....

costituita in data .....Iscritta al n. .... del Registro Imprese presso la C.C.I.A.A. di .....

P.E.C. (posta elettronica certificata) .....

**N.B.: LE PARTI DEL PRESENTE MODELLO OGGETTO DI DICHIARAZIONE DOVRANNO ESSERE INTEGRALMENTE COMPILATE SENZA OMISSIONI DI ALCUNO DEI DATI RICHIESTI. IN CASO CONTRARIO, LA SEGNALAZIONE SI INTENDERA' NON VALIDAMENTE PRESENTATA.**

**IL PRESENTE MODELLO VA TRASMESSO COMPLETO DI TUTTE LE PAGINE (comprese quelle non oggetto di dichiarazione).**

## SEGNALA

**l' inizio dell'attività di**

(barrare la voce che interessa)

**ACCONCIATORE**

**ESTETISTA**

**SCUOLA per ACCONCIATURA \*\*\***

(\*\*\*attività che viene esercitata in locali siti allo stesso indirizzo ma in locali separati, come prevede il regolamento comunale per l'esercizio delle attività di barbiere, parrucchiere da uomo e donna, estetista)

nei locali siti in **Via/Piazza** ..... **n.**..... **lett.** .....

Superficie destinata all'attività : mq. ....

**Identificativi catastali:** Foglio [ ][ ][ ][ ] Part. [ ][ ][ ][ ] Sub. [ ][ ][ ][ ]

**DISPONIBILITA' dei LOCALI a TITOLO di :** [ ] proprietario [ ] conduttore con contratto di locazione del \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_

**indicare i riferimenti della proprietà (nome, cognome, C.Fiscale/P.Iva):**

**Inserita in un Centro Commerciale :** SI [ ] NO [ ]

se SI indicare la DENOMINAZIONE del Centro Commerciale : \_\_\_\_\_

Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ rilasciata in data \_\_\_\_\_

## SEGNALA

**il subingresso all'impresa** .....

**per l'attività di**

(barrare la voce che interessa)

**ACCONCIATORE**

**ESTETISTA**

**SCUOLA per ACCONCIATURA \*\*\***

(\*\*\*attività che viene esercitata in locali siti allo stesso indirizzo ma in locali separati, come prevede il regolamento comunale per l'esercizio delle attività di barbiere, parrucchiere da uomo e donna, estetista)

nei locali siti in **Via/Piazza** ..... **n.**..... **lett.** .....

Superficie destinata all'attività : mq. ....

**a seguito di :**

compravendita

donazione

affitto d'azienda

altro .....

**Direttore tecnico :** Sig./Sig.a .....

in qualità di : titolare dell'impresa   
socio partecipante al lavoro   
familiare collaboratore   
dipendente dell'impresa

**e di essere a conoscenza che, nell'orario di apertura dell'esercizio, dovrà essere sempre garantita la presenza del Direttore tecnico.**

**Compilare autocertificazione del Direttore tecnico (all. B - pag. 9)**

## SEGNALA

il **trasferimento** della sede dell'attività di :  **ACCONCIATORE**  
(barrare la voce che interessa)

**ESTETISTA**

**nonché il trasferimento anche della SCUOLA per ACCONCIATURA \*\*\***

( \*\*\* attività che viene esercitata in locali siti allo stesso indirizzo ma in locali separati, come prevede il regolamento comunale per l'esercizio delle attività di barbiere, parrucchiere da uomo e donna, estetista)

→ dai locali siti in Via/Piazza ..... n..... lett. ....  
superficie destinata all'attività : mq. ....

➤ **al nuovo indirizzo nei locali siti in Via/Piazza .....n.....lett.....**  
con superficie destinata all'attività di mq. ....

**Identificativi catastali:** Foglio     Part.     Sub.

**DISPONIBILITA' dei LOCALI a TITOLO di :**  proprietario  conduttore con contratto di locazione del \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_

**indicare i riferimenti della proprietà (nome, cognome, C.Fiscale/P.Iva):**

**Inserita in un Centro Commerciale :** SI  NO

se SI indicare la DENOMINAZIONE del Centro Commerciale : \_\_\_\_\_

Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ rilasciata in data \_\_\_\_\_

## SEGNALA

( barrare la voce che interessa ) **la :**

**sostituzione**

**aggiunta**

**del Direttore tecnico** nell'attività di  
(barrare la voce che interessa)

**ACCONCIATORE**

**ESTETISTA**

esercitata nei locali siti in **Via/Piazza** .....**n**.....**lett**.....

**Inserita in un Centro Commerciale :** SI  NO

se SI indicare la DENOMINAZIONE del Centro Commerciale : \_\_\_\_\_

Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ rilasciata in data \_\_\_\_\_

**(compilare allegato A – pag. 8)**

## SEGNALA

**l'aggiunta della tipologia dell'attività di**

(barrare la voce che interessa)

**ACCONCIATORE**

**ESTETISTA**

**negli stessi locali in cui viene già esercitata l'attività di**

(barrare la voce che interessa)

**ACCONCIATORE**

**ESTETISTA**

siti in **Via/Piazza** .....**n**.....**lett**.....

**Inserita in un Centro Commerciale :** SI  NO

se SI indicare la DENOMINAZIONE del Centro Commerciale : \_\_\_\_\_

Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ rilasciata in data \_\_\_\_\_

## SEGNALA

**l'ampliamento della superficie destinata all'attività di**

(barrare la voce che interessa)

**ACCONCIATORE**

**ESTETISTA**

da mq. .... a mq.....

- la riduzione della superficie destinata all'attività di**  **ACCONCIATORE**  
(barrare la voce che interessa)  **ESTETISTA**

da mq. .... a mq.....

nei locali siti in **Via/Piazza** .....n.....lett.....

Inserita in un **Centro Commerciale** : SI  NO

se SI indicare la **DENOMINAZIONE** del Centro Commerciale : \_\_\_\_\_

Autorizzazione n. \_\_\_\_\_ rilasciata in data \_\_\_\_\_

### COMUNICA inoltre

- che l'impresa ha designato, quale **Direttore tecnico** dell'esercizio, di cui alla presente segnalazione, il/la Sig./a ..... in qualità di:

- Titolare  
 Socio  
 Dipendente  
 Altro.....

- che **il responsabile tecnico è in possesso della qualifica professionale** abilitante all'esercizio dell'attività di : (barrare la voce che interessa)

**ACCONCIATORE**

**ESTETISTA**

e **svolge in maniera esclusiva** la suddetta attività nel presente esercizio, come da autocertificazione allegata alla presente – allegato B –

---

### INOLTRE

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e dall'art. 489 C.P.**

### DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

- che i **suddetti locali sono idonei dal punto di vista urbanistico-edilizio e di destinazione d'uso;**
- che i **locali e le strutture in cui sarà esercitata l'attività sono conformi, dal punto di vista igienico-sanitario, alle prescrizioni del vigente regolamento comunale nonché delle altre disposizioni normative come da documentazione allegata;**

- di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71 del D.Lgs. 59/2010;
- che l'attività verrà svolta nel rispetto delle norme in materia di sicurezza (anche relativamente agli apparecchi elettromeccanici per uso estetico eventualmente utilizzati) e di prevenzione incendi;
- che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui al D.Lgs. 06.09.2011 n. 159 ss.mm.ii.;
- di consentire i controlli nei locali da parte delle autorità competenti nel caso in cui l'esercizio dell'attività venga svolta presso la propria abitazione;
- che ogni modifica delle informazioni contenute nella presente documentazione sarà tempestivamente comunicata al Comune.

\*\*\*\*\*  
**DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DEL CONTENUTO DELLA PRESENTE MODULISTICA E DI ACCETTARLO INCONDIZIONATAMENTE ED INTEGRALMENTE**

Data, \_\_\_\_\_

**Firma del Titolare o del Legale rappresentante**

\_\_\_\_\_

### **DOCUMENTI da allegare alla pratica:**

- Copia dell'attestato di qualifica professionale del titolare o del direttore tecnico nominato** (non costituiscono titolo all'esercizio dell'attività professionale gli attestati e i diplomi rilasciati a seguito della frequenza di corsi professionali che non siano stati autorizzati o riconosciuti dagli organi pubblici competenti – art. 3 c. 4 L. 174/2005).
- In caso di subingresso per cessione o affitto d'azienda: **copia dell'atto notarile debitamente registrato o, inizialmente, dichiarazione del notaio.**  
 In caso di reintestazione: **dichiarazione di avvenuta risoluzione del contratto d'affitto** sottoscritta dalle parti interessate.  
 In caso di mancato rinnovo del contratto d'affitto: **dichiarazione sottoscritta dal titolare richiedente.**
- Autocertificazione requisiti igienico-sanitari obbligatoriamente da compilare in ogni punto allegando la documentazione richiesta.**
- Comunicazione orario di apertura.
- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del titolare, della eventuale persona professionalmente qualificata e di coloro che compilano gli allegati B e C.
- (solo per gli stranieri)** Copia del permesso di soggiorno o altro documento in corso di validità.

#### **Codice in materia di protezione dei dati personali**

Il sottoscritto ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese ed autorizza il trattamento dei dati forniti per l'espletamento delle funzioni istituzionali da parte del Comune.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile

**NOMINA DIRETTORE TECNICO**

Il sottoscritto .....  
nato a ..... Prov. .... il ..... cittadinanza .....  
residente a .....Prov. .... Via/Piazza ..... n..... lett...  
telefono (**indicare recapito**) .....C.Fiscale :.....  
in qualità di:

- titolare dell'omonima impresa individuale**
- legale rappresentante della Società** (denominazione) .....

**COMUNICA**

che, con decorrenza dal giorno ..... è stato nominato **Direttore tecnico \*\*\*\*\*** il/la Sig./Sig.a  
..... in qualità di:

- Titolare dell'impresa
- Familiare collaboratore
- Dipendente dell'impresa
- Socio partecipante al lavoro

**indicare in :**

- sostituzione** del/della Sig./Sig.a .....
- aggiunta** al/alla Sig./Sig.a .....

- di essere a conoscenza che nell'orario di apertura dell'esercizio, dovrà essere sempre garantita la presenza del Direttore tecnico.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del Titolare o del Legale rappresentante

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* Allegato B da compilare a cura del Direttore tecnico.

**Autocertificazione del Direttore tecnico**

Il/la sottoscritto/a .....  
Nato/a a ..... Prov. .... il ..... cittadinanza .....  
residente a .....Prov. .... Via/Piazza ..... n..... lett...  
telefono (**indicare recapito**) .....C.Fiscale :.....

in qualità di:

- titolare dell'impresa
- socio partecipante al lavoro
- familiare collaboratore
- dipendente dell'impresa
- altro .....

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e dall'art. 489 C.P.**

**DICHIARA**

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

di essere in possesso della qualifica professionale abilitante all'esercizio dell'attività di :

**ACCONCIATORE:**

qualifica prevista dall'art.2 Legge 161/1963 come modificata dalla Legge 1142/1970, riconosciuta dalla competente Commissione Provinciale per l'artigianato di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_(qualifica riconosciuta per percorsi formativi iniziati prima del 31 gennaio 2009)

Oppure

abilitazione professionale, prevista ai sensi dell'art.3 Legge 174/2005, come da attestato n. \_\_\_\_\_  
rilasciato dalla Scuola Professionale (3) \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_



**ESTETISTA:**

qualifica prevista dall'art. 2 Legge 161/1963 come modificata dalla Legge 1142/1970, riconosciuta dalla competente Commissione Provinciale per l'artigianato di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Oppure

attestato di specializzazione professionale, previsto ai sensi dell'art.3 Legge 1/1990 e art. 3 L.R. 54/1992, n. (num.Attestato/Corso) \_\_\_\_\_ rilasciato dalla Scuola Professionale \_\_\_\_\_ a seguito del superamento in data \_\_\_\_\_ dell'esame teorico-pratico riconosciuto da \_\_\_\_\_

---

di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71 del D.Lgs. 59/2010;

che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui al D.Lgs. 06.09.2011 n. 159 ss.mm.ii.;

di svolgere **in maniera esclusiva** l'attività di ..... presso l'esercizio sito in **Via/Piazza** .....n.....lett....., e di **garantire la propria presenza** nell'esercizio durante lo svolgimento dell'attività.

Data \_\_\_\_\_

**Firma del Direttore tecnico**

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI DI ALTRE PERSONE (AMMINISTRATORI, SOCI) INDICATE ALL'ART. 2 D.P.R.252/1998**

(Dichiarazione attestante i requisiti morali previsti dall'art. 71 del D.lgs. 59/2010 e ss.mm.ii. e l'inesistenza di cause di divieto, di decadenza, di sospensione di cui all'art. 67 e 85 del D.lgs. 159/2011, **da compilarsi a cura dei soggetti indicati nella dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla C.C.I.A.A., disponibile sul sito del Comune di Biella – Ufficio Sportello Unico – Modulistica – che dovrà essere allegata alla presente SCIA.**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso: M |\_\_\_| F |\_\_\_|

Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Residenza: Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Via, Piazza, ecc \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**DICHIARA:**

1. di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71 del D.Lgs. 59/2010 e ss.mm.ii.;
2. che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e ss.mm.ii." (antimafia).

***Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dal D.P.R. 28/12/2000, n. 445***

FIRMA

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso: M |\_\_\_| F |\_\_\_|

Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Residenza: Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Via, Piazza, ecc \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**DICHIARA:**

1. di essere in possesso dei requisiti morali previsti dall'art. 71 del D.Lgs. 59/2010 e ss.mm.ii.;
2. che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011" (antimafia).

***Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dal D.P.R. 28/12/2000, n. 445***

FIRMA

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Oggetto: Comunicazione degli orari di apertura**

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... Prov. .... il ..... cittadinanza .....

residente a .....Prov. .... Via/Piazza ..... n..... lett...

telefono (indicare recapito) .....C.Fiscale :.....

in qualità di:

titolare dell'omonima impresa individuale

legale rappresentante della Società (denominazione) .....

in possesso dell'autorizzazione per lo svolgimento dell'attività di (\*\*\*).....

nell'esercizio sito in **Via/Piazza** .....n..... **lett**.....

**COMUNICA**

che l'attività sopra indicata svolge servizio al pubblico nel seguente orario:

GIORNO	ORARIO CONTINUATO	MATTINO	POMERIGGIO
Lunedì			
Martedì			
Mercoledì			
Giovedì			
Venerdì			
Sabato			
Domenica			

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

(\*\*\*) specificare se acconciatore o estetista.

**AUTOCERTIFICAZIONE SUI REQUISITI IGIENICO-SANITARI PER  
L'APERTURA DI ESERCIZI DI ACCONCIATORE O ESTETISTA**

Autocertificazione dei requisiti igienico sanitari per l'apertura di Esercizi di Acconciatore od Estetista

**Nuovo Esercizio**

**Subentro**

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Legale rappresentante della ditta \_\_\_\_\_

Con sede in \_\_\_\_\_

(Tel. \_\_\_\_\_), nei quali intende svolgere l'attività di :

**ACCONCIATORE**

**ESTETISTA**

Dichiara:

N° dei locali e destinazione d'uso \_\_\_\_\_

Superficie totale mq \_\_\_\_ n° posti lavoro \_\_\_\_ n° addetti totali \_\_\_\_ di cui dipendenti \_\_\_\_\_

*Solo per estetiste:*

N° box \_\_\_\_ Superficie minima box mq \_\_\_\_\_

Altezza interna dei locali	m. _____
La ventilazione naturale tramite porte e finestre apribili verso l'esterno dei locali di lavoro e di almeno 1/8 della rispettiva superficie OPPURE E' presente un impianto o altro dispositivo per la ventilazione meccanica supplementare del locale di lavoro (Allegare descrizione ex norma UNI 10339/95)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
L'illuminazione naturale tramite porte e finestre prospettanti verso l'esterno dei locali di lavoro è di almeno 1/8 della rispettiva superficie OPPURE Viene garantita un'adeguata illuminazione artificiale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Caratteristiche dei servizi igienici:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° _____ <input type="checkbox"/> Interni    <input type="checkbox"/> Esterni</li> <li>• Pareti piastrelate fino a m. 1.5</li> <li>• Antibagno con porta dotata di chiusura automatica</li> <li>• Pavimento lavabile ed impermeabile</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotati di aerazione naturale</li> <li>• Dotati di aerazione meccanica</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Le pareti dei locali di lavoro fino ad un'altezza di m. 1.80 sono: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rivestite di materiale lavabile ed impermeabile</li> <li>• Tinteggiate con vernici o smalti <i>allegare scheda tecnica</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
I pavimenti dei locali sono facilmente lavabili e disinfettabili	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' disponibile acqua calda e fredda L'acqua è riscaldata mediante Boiler elettrico <input type="checkbox"/> Boiler a gas <input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nei locali è presente un lavandino fisso su parete piastrellata fino a m. 1.50 e sporgente da esso lateralmente di cm. 30	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Lo smaltimento delle acque reflue avviene in	Fognatura Fossa Imhof
E' presente un impianto di aspirazione localizzata nei punti dove vengono utilizzate tinture o prodotti contenenti prodotti chimici pericolosi così come previsto dai Regolamenti Comunali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' presente una sala d'attesa (N.B. obbligatoria per gli estetisti)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
L'attività dispone delle seguenti attrezzature: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contenitori chiudibili per la biancheria usata, lavabili e disinfettabili</li> <li>• Armadio per biancheria pulita</li> <li>• Pattumiera a pedale</li> <li>• Asciugamani e biancheria</li> <li>• Cassetta di pronto soccorso</li> <li>• Sterilizzatore per utensili</li> <li>• Telefono (N° _____)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
L'attività dispone di riscaldamento    centralizzato    autonomo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>ALLEGA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico ai sensi della L. 46/90 (compresa idoneità di messa a terra)</li> <li>• Dichiarazione di conformità ai sensi della L.46/90 o dichiarazione corretta esecuzione Impianto Termico</li> <li>• Dichiarazione di conformità ai sensi della L.46/90 o dichiarazione corretta esecuzione Impianto idro sanitario</li> <li>• Dichiarazione di conformità ai sensi della L.46/90 o dichiarazione corretta esecuzione Impianto a gas</li> <li>• Dichiarazione di conformità ai sensi della L.46/90 o dichiarazione corretta esecuzione Impianto aeraulico</li> <li>• Planimetria in scala 1:100 con destinazione d'uso dei locali, indicazione delle postazioni di lavoro, timbrata e firmata dal titolare</li> <li>• Scheda tecnica tinteggiatura pareti</li> </ul> <b>SOLO PER GLI ESTETISTI:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elenco qualifica ed orario di lavoro personale addetto</li> <li>• Elenco dettagliato delle attività svolte</li> <li>• Elenco dettagliato di tutte le attrezzature ed apparecchiature elettromeccaniche utilizzati per scopi estetici</li> <li>• Elenco dettagliato di tutte le procedure utilizzate per i trattamenti eseguiti sul corpo umano</li> <li>• Descrizione delle modalità di disinfezione degli utensili</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_