

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA' FORMATIVA  
PER OPERATORE DI TATUAGGIO E PIERCING**

Al Dipartimento di Prevenzione  
della A.S.L. SALERNO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_  
in possesso dell'attestato di qualifica professionale rilasciato da \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a frequentare il corso formativo obbligatorio per operatori di tatuaggio e/o piercing, finalizzato all'acquisizione di conoscenze igienico-sanitarie e di prevenzione in relazione ai rischi di infezione e di danno all'apparato cutaneo.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità :

di esercitare già l'attività di tatuaggio e/o piercing nel Comune di \_\_\_\_\_

prov. di \_\_\_\_\_

di non esercitare l'attività di tatuaggio e/o piercing.

Distinti Saluti

---

Luogo e data