

**SOLICITUD DE AUTORIZACION SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DONDE SE APLIQUEN TÉCNICAS DE TATUAJES Y PERFORACIÓN CUTÁNEA**

(ESPACIO RESERVADO PARA EL SELLO DE ENTRADA)

Datos del titular de la instalación	TITULAR		N.I.F. / C.I.F.					
	N.I.F. / Pasaporte / N.I.E. del representante		APELLIDOS Y NOMBRE del representante					
	DOMILICIO: CALLE, PLAZA, AVDA.			Nº	LETRA	ESC.	PISO	PUERTA
	MUNICIPIO		PROVINCIA			CÓDIGO POSTAL		
	TEFÉFONO	MÓVIL	FAX	E-MAIL				
	N.I.F. / Pasaporte / N.I.E. del presentador		APELLIDOS Y NOMBRE del presentador					

Datos del establecimiento	ACTIVIDAD					
	<input type="checkbox"/> TATUAJES			<input type="checkbox"/> PIERCING		
	NOMBRE COMERCIAL			ZONA		SUPERFICIE
	DIRECCIÓN			NUMERO	PORTAL	PLANTA
NOMBRE DEL EDIFICIO			REFERENCIA CATASTRAL			

Documentación Aportada	<input type="checkbox"/>	<b>AUTOLIQUIDACIÓN</b> debidamente abonada de la Tasa.
	<input type="checkbox"/>	<b>PLANO DE DISTRIBUCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO</b> indicando las superficies, alturas y usos de las distintas dependencias.
	<input type="checkbox"/>	<b>DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS INSTALACIONES.</b>
	<input type="checkbox"/>	<b>DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL INSTRUMENTAL.</b>
	<input type="checkbox"/>	<b>MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN UTILIZADOS.</b>
	<input type="checkbox"/>	<b>DOCUMENTO QUE ACREDITE LA FORMACIÓN DEL PERSONAL</b> , conforme a lo establecido en el Art. 10 del Decreto 286/2002, de 26 de noviembre, por el que se regulan las actividades relativas a la aplicación de técnicas de tatuaje y perforación cutánea.
	<input type="checkbox"/>	<b>LISTADO DE RESIDUOS PELIGROSOS QUE GENERA LA ACTIVIDAD.</b>
	<input type="checkbox"/>	<b>CONTRATO DE RECOGIDA POR UNA EMPRESA AUTORIZADA</b> por la Consejería de Medio Ambiente de la Junta de Andalucía, de los residuos peligrosos que genera la actividad.
	<input type="checkbox"/>	<b>DOCUMENTO ACREDITATIVO</b> que el personal aplicador <b>ESTE VACUNADO DE HEPATITIS B Y TÉTANOS.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>LISTADO DE PIGMENTOS AUTORIZADOS EMPLEADOS</b> , acreditándose mediante copia de la Resolución de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Farmacéuticos (AEMFP).	

**ADVERTENCIA:** La autorización solicitada únicamente se emitirá a efectos sanitarios, sin perjuicio del cumplimiento por el establecimiento de la normativa urbanística y sectorial de aplicación.

Marbella, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

El ciudadano/a presentador de la instancia, autoriza que los datos personales recogidos en este impreso sean incorporados a los ficheros automatizados que el Ayuntamiento de Marbella tiene inscritos en el Registro de la Agencia Española de Protección de Datos, pudiendo el interesado ejercer ante este Ayuntamiento los derechos de acceso, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**Sr/a. Alcalde/sa-Presidente/a del Excmo. Ayuntamiento de Marbella**