

Dipartimento di Prevenzione

AVVISO PUBBLICO

**Oggetto: XII° Corso formativo obbligatorio per l'esercizio dell'attività di tatuaggio e piercing. Del. Giunta Regione Campania n.157 del 25/02/2010
A.G.C 20 Assistenza Sanitaria.**

Si comunica che il corso obbligatorio di 50 ore di formazione per coloro che svolgono attività di tatuaggio e/o piercing e a quanti intendono aprire laboratori per tali pratiche sarà effettuato con formazione a distanza tramite le modalità e i tempi seguenti:

Dal 20 Settembre 2021 con cadenza trisettimanale (Lunedì, Mercoledì e Giovedì dalle ore 15.00- 20.00).

Al termine del corso formativo presso la sede del Dipartimento di Prevenzione in via F. Ricco 50, Nocera Inferiore (SA), sarà rilasciato l'attestato di partecipazione previa valutazione dell'idoneità dei candidati, attraverso l'effettuazione di una prova finale di verifica in presenza.

Come chiarito nella comunicazione della Giunta della Regione Campania prot. n. 0862750 del 26.10.2010 il costo complessivo del corso è fissato in euro 500,00 che potranno essere versati in tre quote di cui la prima di euro 150,00, la seconda di euro 300,00 e la terza di euro 50,00. mediante versamento in C/C postale n. 34343723 intestato a: ASL Salerno Dipartimento di Prevenzione - Nocera Inferiore (SA) con obbligo di indicare come causale: **Corso tatuaggio e piercing.**

Per eventuali chiarimenti di merito o notizie più dettagliate si prega di contattare:
Antonio Zarrella cell. 349.4295275 – FAX 081.9212053


Si allega scheda di iscrizione da compilare e restituire ai seguenti indirizzi di posta elettronica:

dip.prevenzione@aslsalerno.it

dip.prevenzione@pec.aslsalerno.it (posta certificata)



Il Direttore
(Dott. Domenico Della Porta)



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Area di Sanità Pubblica - U.O.C. Igiene Pubblica

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA' FORMATIVA PER OPERATORE DI TATUAGGI E PIERCING
(Delibera G.R.C. n° 157/2010)

Il/la sottoscritto/a _____ Cod. Fisc. _____
Nato/a a _____ () il ___/___/___ e residente
a _____ () alla via _____
n° civ. ___ C.A.P. _____ telefono n° _____ mail: _____
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

(Firma per esteso - leggibile)

_____ li ___/___/_____

Allega:

- diploma di scuola dell'obbligo e attestato di qualifica professionale ovvero autocertificazione (art.46 DPR 445/2000 e s.m.i.)
- copia documento di identità valido.