

Sol·licitud d'autorització sanitària de funcionament

Nom del titular de l'establiment o de l'empresa	DNI o NIF
Lloc de l'activitat i municipi	Nom del local:
@	Telèfon

Dades de qui, en representació de la raó social, presenta la sol·licitud:

Nom del representat de la raó social de l'empresa:	DNI o NIF
Domicili	CP Municipi
@	Telèfon

EXPOSO:

Que en representació de l'establiment, l'activitat que s'indica a sota:

- Aplicació de tatuatges
- Pírcings
- Micropigmentació

SOL·LICITO:

- Autorització sanitària per a l'activitat a dalt indicada

Observacions:

Igualada, Signatura	Registre d'entrada
------------------------	--------------------

"Les dades que vostè ens proporciona seran introduïdes en un fitxer propietat de l'Ajuntament d'Igualada amb la finalitat de controlar l'entrada i la sortida de documents a l'Ajuntament i tramitar la seva petició. Les seves dades podran ser cedides a tercers únicament en aquells supòsits en què sigui necessari per a totes aquelles qüestions derivades de la seva sol·licitud o pel compliment d'obligacions legalment establertes. En qualsevol cas, i de conformitat amb el que disposa la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, vostè pot, en tot moment, exercir els seus drets d'oposició, accés, rectificació i cancel·lació, dirigint-se a l'Ajuntament d'Igualada, plaça de l'Ajuntament, 1, 08700 Igualada"