AJUNTAMENT DE CAMBRILS
Àrea de Salut Pública

Memòria sanitària de les perruqueries, barberies i/o salons de bellesa

A	**Titular o responsable de l'establiment/centre**		
Nom i Cognoms:			DNI/NIF:
Domicili:			Telèfon:
Correu electrònic:			
B	**Dades de l'establiment**		
Nom o denominació comercial:			
Adreça de l'establiment			
Municipi	Codi Postal		Telèfon:

C Tipus d'activitat

☐ Perruqueria
☐ Barberia
☐ Depilació
☐ Fotodepilació
☐ Altres (especificar):_____
*Es recorda al titular de l'activitat que no es poden utilitzar els anomenats llapis tallasang.

☐ Micropigmentació (cal autorització sanitària)
☐ Massatges
☐ Teràpies Naturals
☐ Manicura/pedicura

D Farmaciola degudament equipada

La farmaciola està degudament equipada: ☐Sí ☐No

E Documentació que s´ha d´acompanyar a la memòria

☐ Descripció dels procediments de neteja i desinfecció del material no rebutjable (pinces, tisores, etc...)
☐ Acreditació de la recollida de residus sanitaris de risc, com les fulles d´afaitar, mitjançant còpia del contracte amb un gestor autoritzat.

Observacions

Cambrils a ____ de _____ de _____

Signatura del representant legal (si s´escau)
Nom i cognoms:

Signatura de la persona/ entitat/empresa sol.licitant

Signatura del tècnic
Nom i cognoms: