

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

<b>A</b>	<b>Titular o responsable de l'establiment/centre</b>	
Nom i Cognom o Raó Social:		DNI/NIF/CIF:
Domicili:		Telèfon:
Correu electrònic:		
<b>B</b>	<b>Dades de l'establiment</b>	
Nom o denominació comercial:		
Adreça de l'establiment		
Municipi	Codi Postal	Telèfon:
<b>C</b>	<b>Tipus d'activitat</b>	
<input type="checkbox"/> Perruqueria	<input type="checkbox"/> Micropigmentació (cal autorització sanitària)	
<input type="checkbox"/> Barberia	<input type="checkbox"/> Massatges	
<input type="checkbox"/> Depilació	<input type="checkbox"/> Teràpies Naturals	
<input type="checkbox"/> Fotodepilació	<input type="checkbox"/> Manicura/pedicura	
<input type="checkbox"/> Altres (especificar): _____		
*Es recorda al titular de l'activitat que no es poden utilitzar els anomenats llapis tallasang.		
<b>D</b>	<b>Farmaciola degudament equipada</b>	
La farmaciola està degudament equipada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>E</b>	<b>Nombre de treballadors</b>	<b>Nº de torns</b>
<input type="checkbox"/> < 10 <input type="checkbox"/> > 10		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<b>F</b>	<b>Documentació que s'ha d'acompanyar a la memòria</b>	
<input type="checkbox"/> Descripció dels procediments de neteja i desinfecció del material no rebutjable (pinces, tisores, etc...)		
<input type="checkbox"/> Acreditació de la recollida de residus sanitaris de risc, com les fulles d'afaitar, mitjançant còpia del contracte amb un gestor autoritzat.		
<b>Observacions</b>		
<b>DECLARACIÓ RESPONSABLE</b>		

En qualitat de titular o representant legal de l'establiment, declaro sota la meva responsabilitat que aquestes dades són exactes i que:

- 1.- L'establiment del qual sóc titular o representant compleix i aplica els requisits establerts en la legislació sanitària bàsica i específica dels sectors de l'activitat, i em comprometo a respectar-los.
- 2.- Em comprometo a complir aquests requisits mentre exerceixi l'activitat.
- 3.- Em comprometo a comunicar a l'Administració totes les modificacions de titularitat, instal·lacions, equipaments, activitat o comercialització.
- 4.- Són certes i exactes totes les dades especificades en aquest escrit i que estic informat/ada que l'administració pot comprovar la veracitat de les dades declarades

Signatura de la persona titular o representant legal de l'empresa  
(Nom i cognoms/DNI/telèfon)\*

Cambrils, a \_\_\_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_

\*Només en cas que la persona representant legal sigui diferent de la titular

*Les dades de caràcter personal que ens proporciona seran incorporades a un fitxer responsabilitat de l'Ajuntament de Cambrils amb la finalitat d'exercir les seves competències i funcions conforme als termes establerts a la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.*

*Pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició presentant un escrit al Registre General de l'Ajuntament, pl. de l' Ajuntament, 4 - 43850 Cambrils.*