

In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale



ALLEGATO D

(attività di estetista)

Dichiarazione del responsabile tecnico sul possesso dei requisiti

Il sottoscritto responsabile tecnico

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----------------|--------|-----------------------------|--|----------------|-------------------------------|---------|-------|-------|-----|-----|
| Cognome | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | | |
| Residenza | Provincia | Comune | Indirizzo | | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | | Posta elettronica certificata | | | | | |

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per le false dichiarazioni e attestazioni (articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e Codice Penale), sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dalla legge (articolo 67 del Decreto Legislativo 06/09/2011, n. 159, "Effetti delle misure di prevenzione previste dal Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia")
- di essere a conoscenza di essere tenuto a garantire la propria presenza durante lo svolgimento dell'attività
- nonchè
- di essere in possesso della qualificazione professionale di estetista, rilasciata da

| | |
|--------------------|--------------------|
| Nome dell'istituto | Sede dell'istituto |
| Data rilascio | Numero atto |

- di essere in possesso dell'abilitazione professionale di estetista, conseguita alla data di entrata in vigore della Legge 04/01/1990, n. 1 in quanto

- per almeno 2 anni

| Titolo | Impresa | Numero REA |
|--------|---------|------------|
| | | |

- per almeno tre anni nel quinquennio precedente la data di entrata in vigore della Legge 04/01/1990, n. 1, dipendente dell'impresa e/o dello studio medico specializzato

| Denominazione | Dal | Al |
|---------------|-----|----|
| | | |

- di essere in possesso di attestato di frequenza del corso regionale rilasciato da

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| Nome dell'istituto | Sede dell'istituto |
| | |
| Data rilascio | Numero atto |
| | |

- di essere in possesso di attestato attestato/diploma di frequenza di scuole professionali autorizzate/riconosciute rilasciato da

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| Nome dell'istituto | Sede dell'istituto |
| | |
| Data rilascio | Numero atto |
| | |

- di aver conseguito la qualifica professionale all'estero e di averne ottenuto il riconoscimento dall'autorità competente

| | |
|-----------------------|---------------------|
| Numero decreto | Data decreto |
| | |

- altro (specificare)

| |
|---|
| Altra abilitazione professionale |
| |

Attenzione: qualora dai controlli successivi il contenuto delle dichiarazioni risulti non corrispondente al vero, oltre alle sanzioni penali, è prevista la decadenza dai benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni stesse (articolo 75 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445).

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia del permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- altri allegati (specificare)

Dalmine

Luogo

Data

il dichiarante