



Dipartimento di Prevenzione

AVVISO PUBBLICO

**Oggetto: VIII° 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 presso la sede del Dipartimento di Prevenzione di Via Giovanni Falcone n.4 in Nocera Inferiore (SA) con le modalità e i tempi seguenti:

Dal 18 Febbraio 2019 con cadenza trisettimanale (Lunedì, Mercoledì e Giovedì dalle ore 14.00- 19.00).

Al termine del corso formativo sarà rilasciato l'attestato di partecipazione previa valutazione dell'idoneità dei candidati, attraverso l'effettuazione di una prova finale di verifica.

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 casuale: **Corso tatuaggio e piercing.**

Per eventuali chiarimenti di merito o notizie più dettagliate si prega di contattare:
Nicola Vitale cell. 335.8417467 – Giuseppe Senatore tel. 081.9212971 –
Antonio Zarrella cell. 349.4295275 – FAX 081.9212053

Si allega scheda di iscrizione da compilare e restituire via fax 081-9212053 o ai seguenti indirizzi e-mail :

dip.prevenzione@aslsalerno.it

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



ASL Salerno Direttore
(Dott. Domenico Della Porta)
IL DIRETTORE
Dott. Domenico Della Porta

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA' FORMATIVA PER
OPERATORE DI TATUAGGIO E PIERCING**

Al Dipartimento di Prevenzione
della A.S.L. _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ___ / ___ / _____
a _____ prov. _____ e residente a _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n° _____
Cap _____ Tel. _____
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

_____ li ___ / ___ / _____