

Regione Campania

Azienda Sanitaria Locale SALERNO

Costituita ex art. 2 comma 1 lettera a L.R. n. 16 del 28.11.2008

Sede Legale : Via Nizza ,146- 84124 SALERNO

prot. n. 818/INT. / DP/A
07 AGO. 2014

Ai Sig.ri Sindaci dei Comuni
dell'A.S.L. Salerno
Loro sede

Oggetto: Corso formativo obbligatorio per l'esercizio dell'attività di piercing e tatuaggio. Deliberazione Giunta Regione Campania n.157 del 25 febbraio 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 della ex ASL SA1 Via Falcone 4 di Nocera Inferiore con le modalità e i tempi seguenti:

Dal 08 Settembre c.a. 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 SA1 Nocera Inferiore Dipartimento di Prevenzione con obbligo di indicare come casuale il **Corso piercing.**

Per eventuali chiarimenti di merito o notizie più dettagliate si prega di contattare i tecnici della prevenzione Donato Cirillo tel. cell. 335-7548142 fax 0975-390516, Domenico Senese tel. 0828 995448, Vincenzo Orlando tel.081-9212053.

Si allega scheda di iscrizione da compilare e restituire fax n. 081-9212053.

Si prega di informare gli interessati e nel ringraziare per la collaborazione si porgono distinti saluti.

| | |
|-------------------|-------|
| COMUNE DI SACCOLO | |
| - 8 AGO, 2014 | 6002 |
| Ispezione | |
| Ispezione | |
| Classe | Fasc. |

Il Direttore del Dipartimento
Ambito Nord - Centro
(Dott. Mario Rosario Capone)

**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 ____/____/____