


| | | |
|---|---|--|
|  | <p>In allegato alla dichiarazione di Codice fiscale</p> | |
|---|---|--|

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 (M/F) | Cittadinanza | Luogo di nascita |
| Residenza | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | Civico CAP |
| Telefono casa | Telefono cellulare | E-mail (posta elettronica ordinaria) | | E-mail PEC (domicilio digitale) |

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)

| | | |
|-------|------|----------------|
| | | |
| Luogo | Data | Il dichiarante |