



**USL Umbria 1**

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1  
www.aslumbria1.it

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**  
**Servizio Igiene e Sanità Pubblica – Alto Chiascio**  
Email: [gabriella.vinti@aslumbria1.it](mailto:gabriella.vinti@aslumbria1.it) 075 9239620

Oggetto: invio modello attività di tatuaggio e piercing

AI SINDACI DEI COMUNI DI  
GUBBIO  
GUALDO TADINO  
SIGILLO  
FOSSATO DI VICO  
COSTACCIARO  
SCHEGGIA E PASCELUPO

Si trasmette, in allegato, modello per la richiesta di nulla osta igienico-sanitario per attività di tatuaggio e piercing - ai sensi della DGR 648/99 - da rendere disponibile nell'ambito della procedura di SCIA dello Sportello Unico per le Attività Produttive.

Rimanendo a disposizione per eventuali chiarimenti si porgono  
Distinti saluti

LMR

IL DIRIGENTE MEDICO S. I.S.P. ALTO CHIASCIO

dott.ssa Gabriella Vinti



Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1  
www.uslumbria1.it

All'Azienda Sanitaria Regionale  
dell'Umbria n. 1 –  
Servizio Igiene e Sanità Pubblica Alto Chiascio  
Via Cavour, 38  
06024 GUBBIO

e p.c. Al Sindaco  
del Comune di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a ..... Comune..... il .....  
residente in ..... Via/Piazza .....  
recapito telefonico .....  
in qualità di  titolare  legale rappresentante della Ditta: .....  
..... ai sensi della Deliberazione della  
Giunta Regionale n. 648 del 12/05/99

**chiede il nulla osta igienico sanitario**

per l'apertura del centro di  tatuaggio  piercing denominato .....  
ubicato in ..... Via/Piazza .....

Si allega:

- certificato di agibilità
- planimetria controfirmata da un tecnico, nella quale risultino indicati:
  - destinazione d'uso dei locali comprese eventuali aree di vendita
  - distribuzione della strumentazione fissa
- dichiarazione di abbattimento delle barriere architettoniche firmata da un tecnico abilitato
- certificato di conformità dell'impianto elettrico
- certificato di conformità dell'impianto termico
- elenco del personale che opera nella struttura
- attestati di frequenza degli operatori a specifico corso regionale
- relazione tecnica sull'attività svolta
- ricevuta di avvenuto pagamento per la prestazione richiesta (Tariffario Regionale vigente)

FIRMA

Data|\_|\_|\_|\_|\_|

\_\_\_\_\_