



## R182 AUTORITZACIÓ SANITÀRIA DE FUNCIONAMENT D'ESTABLIMENTS DE TATUATGE, PIRcing I MICROPIGMENTACIÓ

Empleneu aquest document amb lletra clara

Escriviu les dades de la persona física o jurídica que formula la sol·licitud i les del seu representant, si escau, i aporteu, en aquest cas, el document de representació corresponent.

Els camps marcats amb una (F) són obligatoris per a les persones físiques (ciutadans/es), els marcats amb una (J) són obligatoris per a les persones jurídiques i els marcats amb una (A) per a tots dos.

DADES DE LA PERSONA TITULAR DE L'ESTABLIMENT				
<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Jurídica	Nom (F)	Primer Cognom (F)	Segon Cognom (F)	<input type="checkbox"/> DNI o NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PAS
Nom o Raó Social (J)		Departament		Càrrec
ADREÇA POSTAL				
Carrer, plaça, etc. (A)			Número	Pis
Població (A)			Codi postal (A)	Telèfon Fix
			Telèfon Mòbil	
Correu electrònic (obligatori en cas d'optar per la notificació electrònica)				
Informació addicional				

Autoritzo l'Ajuntament de L'Hospitalet que m'envii avís de les notificacions electròniques que aquesta sol·licitud pugui originar, als següents mitjans:

- Al telèfon mòbil  
 Al correu electrònic

Les notificacions electròniques seran accessibles a la bústia electrònica de la seu <https://seuelectronica2.l-h.cat> prèvia identificació de l'interessat i seran realitzades només en els procediments administratius que així ho estableixin, sense perjudici de les altres vies de comunicació que estiguin establertes. Les persones físiques poden exercir el seu dret a ser també notificades mitjançant correu postal si així ho indiquen en la present sol·licitud.

- Vull rebre notificacions mitjançant correu postal a l'adreça postal especificada a l'efecte de notificació.

DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT			
Nom (F)	Primer Cognom (F)	Segon Cognom (F)	<input type="checkbox"/> DNI o NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PAS

- Estic inscrit/a en el registre electrònic d'apoderaments, REPRESENTA, com a representant de la persona sol·licitant que consta en aquest formulari.

Si no esteu inscrit/a en el REPRESENTA, cal que aporteu la documentació que us acredita com a representant per fer el tràmit. Si us voleu inscriure ho podeu fer en l'adreça següent: <https://www.l-h.cat/representa>

ADREÇA POSTAL					
Carrer, plaça, etc. (A)		Número	Pis	Porta	
Població (A)		Codi postal (A)	Telèfon Fix		Telèfon Mòbil
Correu electrònic (obligatori en cas d'optar per la notificació electrònica)					
Informació addicional					

Autoritzo l'Ajuntament de L'Hospitalet que m'envii avís de les notificacions electròniques que aquesta sol·licitud pugui originar, als següents mitjans:

- Al telèfon mòbil
- Al correu electrònic

Les notificacions electròniques seran accessibles a la bústia electrònica de la seu <https://seuelectronica2.l-h.cat> prèvia identificació de l'interessat i seran realitzades només en els procediments administratius que així ho estableixin, sense perjudici de les altres vies de comunicació que estiguin establertes. Les persones físiques poden exercir el seu dret a ser també notificades mitjançant correu postal si així ho indiquen en la present sol·licitud.

- Vull rebre notificacions mitjançant correu postal a l'adreça postal especificada a l'efecte de notificació.

SOL-LICITUD (A)
Sol·licitud d'autorització sanitària de funcionament

ADREÇA ON ES REALITZA L'ACTIVITAT								
Tipus de via	Nom de la via	Bloc	Nombre	Pis	Porta	Escala	Lletra	Km
Municipi		Codi Postal		Província			País	
Observacions								

TIPUS D'ACTIVITAT PER A LA QUAL ES SOL-LICITA AUTORITZACIÓ
Nom comercial de l'activitat

Tipus d'activitat per a la qual es sol·licita autorització (pot seleccionar més d'una opció amb el Ctrl)

- Tatuatge  Pírcing  Micropigmentació

Caràcter de l'activitat  
 Marcar només una opció

- Permanent  Temporal

TIPUS DE SOL-LICITUD
Tipus de sol·licitud Marcar només una opció

- Autorització inicial  Canvi de titular  Canvi d'activitat
- Baixa  Altres

Especificació tipus de sol·licitud (en cas d'haver marcat Altres)

**DECLARACIÓ**

Són certes totes les dades contingudes en aquesta sol·licitud i en els documents que s'adjunten.

Em comprometo a aportar totes les dades i els documents escaients, relacionats amb la finalitat d'aquesta sol·licitud, que em siguin requerits per l'ajuntament.

Estic assabentat/ada que l'aportació de dades o documents falsejats o inexactes podrà ser motiu per cancel·lar o deixar sense efecte la meva sol·licitud, sens perjudici que es puguin emprendre les accions legals procedents.

El/la sol·licitant, o la persona que els representa, declara l'exactitud de les dades ressenyades en aquesta sol·licitud, i demana que, d'acord amb la normativa vigent, es practiquin les inspeccions necessàries per obtenir l'autorització sanitària de funcionament.

 No accepto Accepto**DOCUMENTS APORTATS**

Si adjunteu documents, feu-ne constar la relació aquí

1 _____	<input type="checkbox"/>	4 _____	<input type="checkbox"/>
2 _____	<input type="checkbox"/>	5 _____	<input type="checkbox"/>
3 _____	<input type="checkbox"/>	6 _____	<input type="checkbox"/>

(Data i signatura de la persona sol·licitant)

L'Hospitalet de Llobregat, a

d'

de

