



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

Empleneu aquest document amb lletra clara

Escriuiu les dades de la persona física o jurídica que formula la sol·licitud i les del seu representant, si escau, i aporteiu, 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 (empreses) 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

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

