



R182 AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE TATUAJE, PIRCEING Y MICROPIGMENTACIÓN

Rellene este documento con letra clara

Rellene los datos de la persona física o jurídica que formula la solicitud y de su representante, si es el caso; aportando en este caso la documentación de representación (escritura de poderes o autorización)

Los campos marcados con una (F) son obligatorios para las personas físicas (ciudadanos/as), los marcados con una (J) son obligatorios para las personas jurídicas y los marcados con una (A) para ambos.

DATOS DE LA PERSONA TITULAR DEL ESTABLECIMIENTO					
<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Jurídica	Nombre (F)	Primer Apellido (F)	Segundo Apellido (F)	<input type="checkbox"/> DNI o NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PAS	
Nombre o Razón Social (J)		Departamento		Cargo	
DIRECCIÓN POSTAL					
Calle, plaza, etc. (A)			Número	Piso	Puerta
Población (A)		Código postal (A)	Teléfono	Tel. Móvil	
Correo electrónico (obligatorio en caso de optar por la notificación electrónica)					
Información adicional					

Autorizo al Ayuntamiento de L'Hospitalet a que me envíe aviso de las notificaciones electrónicas que esta solicitud pueda originar, a los siguientes medios:

- Al teléfono móvil
- Al correo electrónico

Las notificaciones electrónicas serán accesibles en el buzón electrónico de la sede <https://seuelectronica2.l-h.cat> previa identificación del interesado y serán realizadas sólo en los procedimientos administrativos que así lo establezcan, sin perjuicio de las otras vías de comunicación que se hayan establecido. Las personas físicas podrán ejercer su derecho a ser también notificadas por vía postal si así lo indican en la presente solicitud.

- Solicito recibir notificaciones mediante correo postal en la dirección postal especificada a efectos de notificación

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE				
Nombre (F)	Primer Apellido (F)	Segundo Apellido (F)	<input type="checkbox"/> DNI o NIF	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PAS

- Estoy inscrito/a en el registro electrónico de apoderamientos, REPRESENTA, como representante de la persona solicitante que consta en este formulario.

Si no está inscrito/a en el REPRESENTA, debe aportar la documentación que le acredita como representante para realizar el trámite. Si quiere inscribirse lo puede hacer en la siguiente dirección: <https://www.l-h.cat/representa>

DIRECCIÓN POSTAL				
Calle, plaza, etc. (A)		Número	Piso	Puerta
Población (A)	Código postal (A)	Teléfono		Tel. Móvil
Correo electrónico (obligatorio en caso de optar por la notificación electrónica)				
Información adicional				

Autorizo al Ayuntamiento de L'Hospitalet a que me envíe aviso de las notificaciones electrónicas que esta solicitud pueda originar, a los siguientes medios:

- Al teléfono móvil
- Al correo electrónico

Las notificaciones electrónicas serán accesibles en el buzón electrónico de la sede <https://seuelectronica2.l-h.cat> previa identificación del interesado y serán realizadas sólo en los procedimientos administrativos que así lo establezcan, sin perjuicio de las otras vías de comunicación que se hayan establecido. Las personas físicas podrán ejercer su derecho a ser también notificadas por vía postal si así lo indican en la presente solicitud.

- Solicito recibir notificaciones mediante correo postal en la dirección postal especificada a efectos de notificación

SOLICITUD (A)
Solicitud de autorización sanitaria de funcionamiento

DIRECCIÓN DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD								
Tipo de vía	Nombre de la vía	Bloque	Número	Piso	Puerta	Escalera	Letra	Km
Municipio		Código Postal		Provincia			País	
Observaciones								

TIPO DE ACTIVIDAD PARA LA QUE SE SOLICITA AUTORIZACIÓN
Nombre comercial de la actividad

Tipo de actividad por la que se solicita autorización (puede seleccionar más de una opción con el Ctrl)

- Tatuaje Pírcing Micropigmentación

Carácter de la actividad
 Marcar solo una opción

- Permanente Temporal

TIPO DE SOLICITUD
Tipo de solicitud Marcar solo una opción

- Autorización inicial Cambio de titular Cambio de actividad
- Baja Otros

Especificación tipo de solicitud (en caso de haber marcado Otros)

DECLARACIÓN

Son ciertos todos los datos contenidos en esta solicitud y en los documentos que se adjuntan.

Me comprometo a aportar todos los datos y los documentos pertinentes, relacionados con la finalidad de esta solicitud, que me sean requeridos por el ayuntamiento.

Estoy enterado/a que la aportación de datos o documentos falseados o inexactos podrá ser motivo para cancelar o dejar sin efecto mi solicitud, sin perjuicio de que se puedan emprender las acciones legales procedentes.

El/la solicitante, o la persona que los representa, declara la exactitud de los datos reseñados en esta solicitud, y pide que, de acuerdo con la normativa vigente, se practiquen la inspecciones necesarias para obtener la autorización sanitaria de funcionamiento

No acepto

Acepto

DOCUMENTOS APORTADOS

Si adjunta documentos, relaciónelos 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"/>

(Fecha y firma de la persona solicitante)

L'Hospitalet de Llobregat, a

de

de

