**SOLICITUD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **DATOS DEL TITULAR** | **IDE:** | **IDT:** |
| APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | DNI/NIE/CIF |
| DOMICILIO SOCIAL | C. POSTAL | LOCALIDAD | PROVINCIA |
| DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES | C. POSTAL | LOCALIDAD | PROVINCIA |
| TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL A EFECTOS DE NOTIFICACIONES | CORREO ELECTRÓNICO A EFECTOS DE NOFICACIONES ELECTRONICAS | FAX |
| APELLIDOS Y NOMBRE DEL SOLICITANTE | DNI/NIE |  REPRESENTANTE LEGAL APODERADO |
| **2** | **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO** |
| NOMBRE COMERCIAL |
| DOMICILIO INDUSTRIAL | C. POSTAL | LOCALIDAD  | PROVINCIA |
| TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL  | CORREO ELECTRÓNICO | FAX |
| ACTIVIDAD TATUAJES PIERCING MICROPIGMENTACION | Nº A.S. |
| **3** |  **CAMBIO DE TITULAR/RAZÓN SOCIAL** |  |
|  | APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ANTERIOR TITULAR (Deberá adjuntar documento de cesión con firmas reconocidas del cedente y cesionario o copia de escritura de constitución/cesión de la titularidad, o contrato de arrendamiento siempre que el arrendador sea el anterior titular de la A.S. |
| **4** | **CAMBIO DE DOMICILIO** |  |
|  SOCIAL |  |  | DOMICILIO ANTERIOR (calle, plaza, etc., y número) Adjuntar copia del C.I.F. de la sociedad, N.I.F del titular o copia de la escritura pública donde figure dicho cambio.  |
|  |  |
|  |  |
|  INDUSTRIAL... |  |  | Adjuntar plano o croquis de las instalaciones, donde figure la distribución en planta y localización de la maquinaria. |
|  |  |
|  |  |
| **5** | **AMPLIACIÓN DE ACTIVIDAD** |
| NUEVA/S ACTIVIDAD/ES (Aportar memoria de la nueva actividad y plano o croquis de las instalaciones, si ha sido necesario modificarlas o ampliarlas para dicha actividad) | ACTIVIDAD |
| **6** |  **CONVALIDACIÓN** |
| FECHA INSCRIPCIÓN/ÚLTIMA CONVALIDACIÓN |
| **7** | **CESE DE ACTIVIDAD** |
|  ACTIVIDAD/ES EN LAS QUE CESA | ACTIVIDAD |
| **8** | **BAJA EN REGISTRO** |
|  Nº/NROS. AUTORIZACION SANITARIA EN QUE SE SOLICITA LA BAJA |
| **9** |  **OTROS DATOS** |
|  |
| **10** | **OTRAS INSTALACIONES O CENTROS** |
|

|  |
| --- |
|  |

 | Posee otras instalaciones o centros dedicados a la actividad de TATUAJE/PIERCING/MICROPIGMENTACION, en la dirección que se indica: |

Por lo expuesto **SOLICITA** el/la

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Autorización de funcionamiento e inscripción inicial de actividad |  | Ampliación de actividad |  | Baja en registro/censo Autonómico |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cambio de titular/razón social |  | Convalidación |  | Modificación de otros datos |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cambio de domicilio  |  | Cese de actividad |  | Otras instalaciones o centros |
|  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El interesado

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ILMO. SR DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ADICCIONES.

**I.-AUTORIZACIÓN EXPRESA DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA [1]: Marcar** una X para autorizar a la Administración la notificación electrónica, de no marcarse esta opción la Administración notificará a las personas físicas por correo postal:

**□** Autorizo a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a notificarme a través del Servicio de Notificación Electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, las actuaciones que se deriven de la tramitación de esta solicitud. A tal fin, me comprometo [2] a acceder periódicamente a través de mi certificado digital, DNI electrónico o de los sistemas de clave habilitados por la Administración Regional, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM [https://sede.carm.es](https://sede.carm.es/), en el apartado notificaciones electrónicas de la carpeta del ciudadano, o directamente en la URL <https://sede.carm.es/vernotificaciones>.

Asimismo autorizo a la CARM a que me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica, a través de un correo electrónico a la dirección de correo

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y/o vía SMS al nº de teléfono móvil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***[1] Las personas físicas podrán elegir el sistema de notificación (electrónico o en papel) ante la Administración, este derecho no se extiende a los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones previsto en el artículo 14.2 de la Ley 39/2015 (personas jurídicas, entidades sin personalidad jurídica, profesionales colegiados, empleados públicos y personas que los representen) quienes por ley están obligados a ser notificados siempre electrónicamente.***

***[2]  De conformidad con lo dispuesto en el artículo 43.2  de la Ley 39/2015, una vez transcurridos 10 días naturales desde la puesta a disposición de la notificación en la Sede Electrónica, sin que la haya descargado, se entenderá que la notificación ha sido realizada.***

*(****\*****) No está obligado a presentar los documentos marcados con \*, salvo que expresamente no autorice a esta Administración para que pueda obtener/ceder los datos/documentos de forma electrónica o por otros medios. EN EL CASO DE OPOSICIÓN EXPRESA, ESTARÁ OBLIGADO A APORTAR LOS DATOS/DOCUMENTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO JUNTO A LA SOLICITUD (art. 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*

**\*** ME OPONGO a que el Órgano administrativo competente (Marcar una **X** para **OPONERSE**) obtenga, de forma electrónica o por otros medios, datos de esta Administración Pública o de otras Administraciones o entidades públicas, de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en concreto los datos personales relacionados a continuación:

 Consulta de datos de identidad. **□** ME OPONGO

 Consulta de títulos universitarios **□** ME OPONGO

 Consulta de títulos no universitarios **□** ME OPONGO

**MODELO CLÁUSULA CONSULTA DE DATOS PERSONALES PARA ESTABLECIMIENTOS CON VARIOS APLICADORES DE TATUAJES Y PIERCING**

|  |  |
| --- | --- |
| CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO:  | *915* |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:  | Autorización sanitaria de los establecimientos de tatuaje y piercing de la Región de Murcia |

Los firmantes, en aplicación del artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, no se oponen a que el órgano administrativo consulte los datos relacionados.

Los firmantes que han mostrado su oposición o no autorizan a que el órgano administrativo competente consulte u obtenga los mencionados datos y documentos, QUEDAN OBLIGADOS A APORTARLOS al procedimiento junto a esta solicitud.

**Certificados que van a ser consultados por la Administración:**

1. **Consulta de Datos de Identidad.**
2. **Consulta de títulos universitarios.**
3. **Consulta de títulos no universitarios**

|  |  |
| --- | --- |
| APLICADOR | APLICADOR:  |
| Nombre:  |  | Nombre:  |  |
| DNI/NIE: |  | DNI/NIE: |  |
|  Consulta de datos de identidad. **□** ME OPONGO Consulta de títulos universitarios **□** ME OPONGO Consulta de títulos no universitarios **□** ME OPONGOFdo. |  Consulta de datos de identidad. **□** ME OPONGO Consulta de títulos universitarios **□** ME OPONGO Consulta de títulos no universitarios **□** ME OPONGOFdo. |
| APLICADOR | APLICADOR:  |
| Nombre:  |  | Nombre:  |  |
| DNI/NIE: |  | DNI/NIE: |  |
|  Consulta de datos de identidad. **□** ME OPONGO Consulta de títulos universitarios **□** ME OPONGO Consulta de títulos no universitarios **□** ME OPONGOFdo. |  Consulta de datos de identidad. **□** ME OPONGO Consulta de títulos universitarios **□** ME OPONGO Consulta de títulos no universitarios **□** ME OPONGOFdo. |

Añadir tantas hojas como sean necesarias.

**INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Responsable del tratamiento** | Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud | Datos de contacto del titular de la Dirección General: -Puede dirigirse a la sede administrativa del órgano al que se presenta esta solicitud en Ronda de Levante, 11. 30008, Murcia.-Llamar al teléfono 968 365425 o al de información ciudadana 012.-O a la dirección de correo electrónico siguiente: dgsaludpublica@carm.esDelegado de Protección de Datos: Inspección General de Servicios de la CARM.dpdigs@carm.es |
| **Finalidad del tratamiento** | Autorización, y control e inspección de actividades. | La información facilitada será tratada con el fin de ejercer las competencias previstas en la normativa vigente en materia de condiciones higiénico sanitarias de los establecimientos de tatuaje y de «piercing» de la Región de Murcia. Los datos personales se conservarán mientras sean necesarios para la realización de las actuaciones relativas a la solicitud, así como su archivo. |
| **Legitimación del tratamiento** | El tratamiento se legitima por ser necesario para el ejercicio de poderes públicos. | La base jurídica en la que se basa el tratamiento es la recogida en el Reglamento 1223/2009, del Parlamento Europeo y del Consejo de 30 de noviembre de 2009 sobre los productos cosméticos, así como en el Real Decreto 1599/1997, de 17 de octubre y el Decreto n.º 17/2003, de 14 de marzo de 2003, por el que se regulan las condiciones higiénico sanitarias de los establecimientos de tatuaje y de «piercing» de la Región de Murcia. |
| **Destinatarios de cesiones**  | Se cederán datos a terceros para el ejercicio de las competencias compartidas. | Los datos de carácter personal se podrán ceder a los Ayuntamientos de la Región de Murcia en los que se ubiquen los establecimientos. |
| **Derechos del interesado** | Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos. | Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de los datos, presentado una solicitud dirigida al responsable del tratamiento. También tiene derecho a presentar una reclamación ante la AEPD.Descarga del modelo de solicitud:: <http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=2736&IDTIPO=240&RASTRO=c76$m2474,229> |

|  |
| --- |
| DOCUMENTACIÓN NECESARIA |
| INSCRIPCIÓN |
| DNI\*, NIE\*, o NIF (fotocopia compulsada). Justificante de alta en Hacienda: Declaración censal, IAE, (Fotocopia).SI el solicitante es persona jurídica, Alta en el Registro Mercantil, o Escritura de constitución (Fotocopia).Datos de los aplicador/es de tatuajes, piercing o micropigmentación:* + Acreditación de haber recibido vacunación contra la Hepatitis B y Tétanos.
	+ Acreditación de:
		- 1.-Haber superado el curso de formación al que se refiere el art. 8 del Decreto 17/2003 de la Región de Murcia o
		- 2.-La titulación sanitaria que exime de su realización.

Descripción de las instalaciones: localización, y distribución de las áreas a que se refiere el Decreto 17/2003 de la Región de Murcia* Plano o Croquis de instalaciones, Representación gráfica de las dimensiones de las instalaciones, la disposición de equipos y la distribución de las áreas de trabajo

Memoria de actividad:* + Descripción detallada de las actividades que se llevarán a cabo
	+ Descripción del equipamiento
	+ Descripción del instrumental destinado a las operaciones de esterilización y desinfección
	+ Descripción de los productos de tatuaje y/o piercing a utilizar. (autorización sanitaria de los pigmentos; certificado de calidad y de migraciones de los piercing de primera puesta)
* Acreditación del contrato con el gestor autorizado para recogida y tratamiento de residuos:
* Acreditación del abono de la preceptiva tasa por actuaciones administrativas de carácter sanitario:
* Documentación que acredite la adquisición de material fungible y pigmentos:
* Documentación de información al usuario de: Procedimientos, riesgos de las técnicas utilizadas y cuidados posteriores
* Hoja de consentimiento a firmar por el usuario. (En el caso de menor de edad o incapacitados deberá constar, además, el consentimiento por escrito de sus representantes legales en los términos que establezca la legislación aplicable, tal como indica el art 4.2 del Decreto 17/2003 de la Región de Murcia)
* Programa de limpieza, desinfección y esterilización del instrumental, con sus registros correspondientes
* Programa de limpieza, desinfección, desratización y desinsectación del local con sus registros correspondientes

Adjuntar tasa administrativa correspondiente: T810-H002C (6). Esta tasa se facilitará en OCASGs / OCAE (ventanillas Únicas) de los Ayuntamientos, Áreas de Salud Pública o Consejería de Sanidad para su ingreso en la entidad bancaria. Esta t |

**CAMBIO DE TITULAR**

|  |
| --- |
| Documento de cesión, por el cual el anterior titular cede al nuevo el número de Autorización Sanitaria, con las firmas de ambos reconocidas. Este documento de cesión puede ser sustituido por Escritura de Constitución, contrato de arrendamiento, etc., siempre que sean demostrativas de este cambio de titular y siempre con firma reconocida.Del nuevo titular:DNI\*, NIE\*, o NIF del titular (fotocopia) o copia de la escritura pública donde figure dicho cambio o 036/037.Justificante de alta en Hacienda: Declaración censal, IAE (fotocopia).SI el solicitante es persona jurídica, Alta en el Registro Mercantil, o Escritura de constitución (Fotocopia).Datos de los aplicador/es de tatuajes, piercing o micropigmentaciónAcreditación de haber recibido vacunación contra la Hepatitis B y Tétanos.Acreditación de:* + Haber superado el curso de formación al que se refiere el art. 8 del Decreto 17/2003 de la Región de Murcia o
	+ La titulación sanitaria que exime de su realización.

Memoria de actividad (según inscripción). |

**CAMBIO DE DOMICILIO**

|  |
| --- |
| Domicilio Social:DNI\*, NIE\*, o NIF del titular (fotocopia) o copia de la escritura pública donde figure dicho cambio.Domicilio industrial:Plano o croquis de instalaciones a escala, donde figure la distribución en planta y localización de equipos y maquinaria.Modificación del alta en Hacienda.Memoria de actividad (según inscripción) |

**AMPLIACIÓN DE ACTIVIDAD**

|  |
| --- |
| Memoria sanitaria de la nueva actividad.Plano o croquis de las instalaciones a escala, si ha sido necesario modificarlas o ampliarlas para la nueva actividad.* Programa de limpieza, desinfección y esterilización del instrumental, con sus registros correspondientes.
* Programa de limpieza, desinfección, desratización y desinsectación del local con sus registros correspondientes**.**
 |

**CONVALIDACION**

|  |
| --- |
| Plano o croquis y memoria de actividad, si, desde la anterior convalidación, se han producido modificaciones en las instalaciones, equipos, actividad y aplicadores |

**CESE DE ACTIVIDAD**

|  |
| --- |
| No se requiere documentación. |

**BAJA EN REGISTRO/CENSO AUTONOMICO**

|  |
| --- |
| No se requiere documentación. |

**OTROS DATOS**

|  |
| --- |
| Memoria de incidencias no contempladas en los apartados anteriores, tales como ampliación de las instalaciones existentes que no impliquen una ampliación de la actividad (adjuntar planos), etc. |

**OTRAS INSTALACIONES O CENTROS**

|  |
| --- |
| Plano o croquis a escala de las nuevas instalaciones.Memoria de la actividad: exposición del tipo de actividad que se desarrolla. |

|  |
| --- |
| **INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD** |
|  |
| Este impreso deberá utilizarse para las de solicitudes de Autorización Sanitaria de un establecimiento de Tatuaje o piercingDECRETO AUTONOMICO Nº 17/2003, (ART.9) |
| DATOS DEL TITULAR DEL ESTABLECIMIENTO |
| Se cumplimentarán siempre en todas las solicitudes que se presenten. |
| DATOS DEL ESTABLECIMIENTO |
| Se cumplimentarán siempre en todas las solicitudes que se presenten. |
| ActividadSe indicará el tipo de actividad que se ejerce: Tatuajes, piercing, micropigmentación. |
| CAMBIO DE TITULAR |
| Se indicarán los datos de identificación del anterior titular que figuraba inscrito. |
| CAMBIO DE DOMICILIO |
| Se hará constar el domicilio con el que figuraba inscrita anteriormente, así como si el cambio afecta al domicilio social, industrial o a ambos. |
| AMPLIACIÓN DE ACTIVIDAD |
| Se relacionarán de forma exhaustiva las nuevas actividades que desarrolla la industria, ajustándose a la Legislación Sanitaria correspondiente. |
| **CESE DE ACTIVIDAD** |
| Se indicarán la actividad/es en las que se cesa. |
| **BAJA CENSO AUTONÓMICO** |
| Se indicarán el Nº. de Autorización Sanitaria del que se solicita la baja. |
| **OTROS DATOS** |
| Este apartado se utilizará para comunicar incidencias no contempladas en los apartados anteriores, tales como ampliación de las instalaciones existentes que no impliquen una ampliación de actividades, etc. |
| **OTRAS INSTALACIONES O CENTROS** |
| Se indicarán las nuevas instalaciones, indicando domicilio completo. |