Región de Murcia
Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública y Adicciones
Servicio de Seguridad Alimentaria y Zoonosis

Nº Procedimiento: 915

AUTORIZACIÓN SANITARIA
COMUNICACIÓN PREVIA
DECRETO AUTONOMICO Nº 17/2003
(ART.9)
ESTABLECIMIENTOS DE TATUAJES Y/O PIERCING

☐ Inscripción inicial de actividad	☐ Ampliación de la 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

1 DATOS DEL TITULAR — IDE: — IDT:

APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		NIF/NIE/CIF	
DOMICILIO SOCIAL	C. POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES	C.POSTAL	LOCALICAD	PROVINCIA
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL A EFECTOS DE NOTIFICACIONES	CORREO ELECTRÓNICO A EFECTOS DE NOFICACIONES ELECTRONICAS	FAX
APELLIDOS Y NOMBRE DEL SOLICITANTE	NIF/NIE	☐ REPRESENTANTE LEGAL ☐ APODERADO	

2 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

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

DOMICILIO ANTERIOR (calle, plaza, etc., y número)

SOCIAL ☐ 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	ACTIVIDAD
(Aportar memoria de la nueva actividad y plano o croquis de las instalaciones, si ha sido necesario modificarlas o ampliarlas para dicha actividad)	

6	CONVALIDACIÓN

7	CESE DE ACTIVIDAD

ACTIVIDAD/ES ALIMENTARIA/S 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 las instalaciones o centros dedicados a la actividad de TATUAJE/PIERCING/MICROPIGMENTACION, que se indican:

CALLE/PLAZA/POLIGONO:

PEDANÍA:

MUNICIPIO:

PROVINCIA:

_____, _____ de _____ de _____

El interesado

Firma: _____

CLÁUSULA: 1.- "Los datos de carácter personal recogidos en este documento se van a integrar en el fichero REG-SANI con la exclusiva finalidad de gestionar su autorización y controles sanitarios. El responsable de este fichero/tratamiento es la Dirección General de Salud Pública y Adicciones, ante cuyo titular puede el interesado ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación de datos en los términos y con los requisitos establecidos en los artículos 15 y siguientes de la Ley Orgánica 15/1999, el 13 de diciembre el Protección de Datos de Carácter Personal.

2.- Los datos de carácter personal que recoge este documento se cederán a: Agencia Española de Seguridad Alimentaria Servicio Registro General Sanitario de Alimentos, a los exclusivos efectos y con los requisitos establecidos en la citada Ley Orgánica de Protección de Datos".

DOCUMENTACIÓN NECESARIA

INSCRIPCIÓN

- NIF o CIF (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.

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.

  <u>Del nuevo titular:</u>
- CIF/NIE/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 micropigmentación
- Acreditación 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

<u>Domicilio Social:</u>

- CIF/NIE/NIF del titular (fotocopia) o copia de la escritura pública donde figure dicho cambio.

<u>Domicilio industrial:</u>

- 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 piercing DECRETO 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.

Actividad
Se 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.