



(attività di estetista)

Il sottoscritto responsabile tecnicoz

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato
				Interno	Scala
				Piano	SNC
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

DICHIARA

- ☒ che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dalla legge (articolo 67 del Decreto legislativo 06/09/2011, n. 159, *"Effetti delle misure di prevenzione previste dal Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia"*)
- ☒ di essere a conoscenza di essere tenuto a garantire la propria presenza durante lo svolgimento dell'attività
- ☒ nonchè

<input type="checkbox"/> di essere in possesso della qualificazione professionale di estetista, rilasciata da		
Nome dell'istituto	Sede dell'istituto	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data rilascio	Numero atto	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> di essere in possesso dell'abilitazione professionale di estetista, conseguita alla data di entrata in vigore della Legge 04/01/1990, n. 1 in quanto		
<input type="checkbox"/> per almeno 2 anni		
Titolo	Impresa	Numero REA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> per almeno tre anni nel quinquennio precedente la data di entrata in vigore della Legge 04/01/1990, n. 1, dipendente dell'impresa e/o dello studio medico specializzato		
Denominazione	Dal	Al
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/> di essere in possesso di attestato di frequenza del corso regionale rilasciato da	
Nome dell'istituto	Sede dell'istituto
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data rilascio	Numero atto
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> di essere in possesso di attestato attestato/diploma di frequenza di scuole professionali autorizzate/ riconosciute rilasciato da	
Nome dell'istituto	Sede dell'istituto
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data rilascio	Numero atto
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> di aver conseguito la qualifica professionale all'estero e di averne ottenuto il riconoscimento dall'autorità competente	
Numero decreto	Data decreto
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> altro (specificare)	
Altra abilitazione professionale	
<input type="text"/>	

Attenzione: qualora dai controlli successivi il contenuto delle dichiarazioni risulti non corrispondente al vero, oltre alle sanzioni penali, è prevista la decadenza dai benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni stesse (articolo 75 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445).

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input type="checkbox"/> copia del permesso di soggiorno	
<i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i>	
<input type="checkbox"/> altri allegati	<input type="text"/>

Sesto San Giovanni		
Luogo	Data	il dichiarante