**ALLEGATO A**

***Fac simile di presentazione di istanza - Operatore delle attività di tatuaggio/Cittadini di Stati membri UE/SEE/CH***

**REGIONE LAZIO**

programmazioneformazione@pec.regione.lazio.it;

attuazioneinterventiformazione@pec.regione.lazio.it;

svil.econ.relistituzionali@pec.regione.lazio.it

Oggetto: istanza di riconoscimento della qualifica dell’”**Operatore delle attività di Tatuaggio”** in Regione Lazio acquisita nei paesi dell'Unione europea, dello Spazio Economico Europeo e della Confederazione Elvetica

Io sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDO**

**il riconoscimento dei titoli e delle qualifiche professionali per l'esercizio in Lazio dell’attività di**

**“Operatore di Tatuaggio”**

Io sottoscritto consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e dichiarazioni false o mendaci, come previsto dall'articolo 76 del DPR n. 445/2000, nonché dalle norme del codice penale e delle leggi speciali in materia, e del fatto che la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa comporterà ai sensi dell’articolo 75 del DPR n. 445/2000 la decadenza dai benefici conseguenti alla presentazione della presente domanda

DICHIARO

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 che i fatti e gli atti appresso citati ed allegati corrispondono a veridicità e contestualmente

ATTESTO

la conformità all’originale analogico dei documenti di seguito allegati.

ALLEGO

[ ] Scansione di documento d’identità in corso di validità

**A) DOCUMENTI ATTESTANTI IL POSSESSO DELLA QUALIFICA PROFESSIONALE DI “OPERATORE DELLE ATTIVITA’ DI TATUAGGIO”**

*Il Documento da allegare deve attestare, a cura dell’Autorità competente del Paese di origine:*

*- la validità del titolo;*

*- la regolamentazione prevista nello Stato che rilascia il titolo professionale;*

*- la descrizione degli studi previsti per il titolo, con il dettaglio delle discipline svolte;*

*- le ore di formazione teorica e pratica effettuate;*

*- l’autorizzazione da parte dell’autorità competente per il rilascio del titolo.*

Denominazione del documento in lingua originale:

Autorità emittente:

Indirizzo dell’Autorità:

Stato UE/SEE/CH che lo ha rilasciato:

Allegati obbligatori *(barrare le relative caselle)*

[ ] scansione del documento in lingua originale

[ ] scansione della traduzione in lingua italiana

Allego altresì copia dell’eventuale iscrizione all’Albo professionale del Paese di provenienza

Allegati obbligatori *(barrare le relative caselle)*

[ ] scansione del documento in lingua originale

[ ] scansione della traduzione in lingua italiana

**B) DOCUMENTI ATTESTANTI IL POSSESSO DI TITOLI DI STUDIO E DI FORMAZIONE PROFESSIONALE**

*In caso di svolgimento di più attività, utilizzare per ognuna di esse un box, numerandolo progressivamente*

N: 1

Denominazione del titolo:

Istituto o Autorità emittente:

Indirizzo dell’Istituto o dell’Autorità:

Stato UE/SEE/CH che lo ha rilasciato:

Data di inizio \_\_\_/\_\_/\_\_\_ e data di fine \_\_ /\_\_/\_\_\_\_ del percorso di studio/di formazione professionale

Durata complessiva in anni \_\_\_ o in ore \_\_\_\_

Allegati obbligatori *(barrare le relative caselle)*

[ ] scansione del documento in lingua originale

[ ] scansione della traduzione in lingua italiana

**C) DOCUMENTI RELATIVI ALLA ATTIVITÀ DI OPERATORE DI TATUAGGIO SVOLTE NEL PAESE DI PROVENIENZA**

*Da indicare in alternativa e/o in aggiunta al titolo di qualifica, studio o formazione professionale, o obbligatoriamente nel caso in cui l’attività di operatore di tatuaggio non sia regolamentata nel Paese di provenienza, con riferimento agli ultimi 10 anni*

*In caso di svolgimento di più attività, utilizzare per ognuna di esse un box, numerandolo progressivamente*

N: 1

Attività svolta:

Data di inizio \_\_\_/\_\_/\_\_\_ e data di fine \_\_ /\_\_/\_\_\_\_ della attività svolta

Denominazione del documento di fonte pubblica comprovante lo svolgimento della attività

Istituto o Autorità emittente:

Allegati obbligatori *(barrare le relative caselle)*

[ ] scansione del documento in lingua originale

[ ] scansione della traduzione in lingua italiana

DICHIARO

di essere informato ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/2003 che i dati personali raccolti sono obbligatori ai fini dell’istruttoria e saranno trattati dal competente Servizio della Regione Lazio esclusivamente nell’ambito del presente procedimento

Luogo

Data

Firma

**ALLEGATO B**

***Fac simile di presentazione di istanza – “Operatore delle attività di tatuaggio” /Cittadini di Paesi terzi***

**REGIONE LAZIO**

programmazioneformazione@pec.regione.lazio.it;

attuazioneinterventiformazione@pec.regione.lazio.it;

svil.econ.relistituzionali@pec.regione.lazio.it

Oggetto: istanza di riconoscimento della qualifica dell’”**Operatore delle attività di Tatuaggio”** in Regione Lazio acquisita in Paesi Terzi

Io sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDO**

**il riconoscimento dei titoli e qualifiche professionali per l'esercizio in Lazio dell’attività di**

**Operatore di Tatuaggio**

Io sottoscritto consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e dichiarazioni false o mendaci, come previsto dall'articolo 76 del DPR n. 445/2000, nonché dalle norme del codice penale e delle leggi speciali in materia, e del fatto che la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa comporterà ai sensi dell’articolo 75 del DPR n. 445/2000 la decadenza dai benefici conseguenti alla presentazione della presente domanda

DICHIARO

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 che i fatti e gli atti appresso citati ed allegati corrispondono a veridicità e contestualmente

ATTESTO

la conformità all’originale analogico dei documenti di seguito allegati.

ALLEGO

[ ] Scansione di documento d’identità in corso di validità

[ ] Scansione di permesso di soggiorno in corso di validità

[ ] Scansione di permesso di soggiorno in corso di rinnovo e relativa richiesta di rinnovo

[ ] dichiaro, in alternativa al permesso di soggiorno, la condizione di “straniero non soggiornanti” ai sensi dell’articolo 49, comma 1 bis, del DPR 394/1999

**A) DOCUMENTI ATTESTANTI IL POSSESSO DELLA QUALIFICA PROFESSIONALE DI OPERATORE DI TATUAGGIO**

*Il Documento da allegare deve attestare, a cura dell’Autorità competente del Paese di origine:*

*- la validità del titolo;*

*- la regolamentazione prevista nello Stato che rilascia il titolo professionale;*

*- la descrizione degli studi previsti per il titolo, con il dettaglio delle discipline svolte;*

*- le ore di formazione teorica e pratica effettuate;*

*- l’autorizzazione da parte dell’autorità competente per il rilascio del titolo.*

Denominazione del documento in lingua originale:

Autorità emittente:

Indirizzo dell’Autorità:

Stato UE/SEE/CH che lo ha rilasciato:

Allegati obbligatori *(barrare le relative caselle)*

[ ] scansione del documento in lingua originale

[ ] dichiarazione di valore in loco

Allego altresì copia dell’eventuale iscrizione all’Albo professionale del Paese di provenienza

Allegati obbligatori *(barrare le relative caselle)*

[ ] scansione del documento in lingua originale

[ ] scansione della traduzione asseverata in lingua italiana

**B) DOCUMENTI ATTESTANTI IL POSSESSO DI TITOLI DI STUDIO E DI FORMAZIONE PROFESSIONALE**

*In caso di svolgimento di più attività, utilizzare per ognuna di esse un box, numerandolo progressivamente*

N: 1

Denominazione del titolo:

Istituto o Autorità emittente:

Indirizzo dell’Istituto o dell’Autorità:

Stato UE/SEE/CH che lo ha rilasciato:

Data di inizio \_\_\_/\_\_/\_\_\_ e data di fine \_\_ /\_\_/\_\_\_\_ del percorso di studio/di formazione professionale

Durata complessiva in anni \_\_\_ o in ore \_\_\_\_

Allegati obbligatori *(barrare le relative caselle)*

[ ] scansione del documento in lingua originale

[ ] scansione della traduzione asseverata in lingua italiana

**C) DOCUMENTI RELATIVI ALLA ATTIVITÀ DI OPERATORE DI TATUAGGIO SVOLTE NEL PAESE DI PROVENIENZA**

*Da indicare in alternativa e/o in aggiunta al titolo di qualifica, studio o formazione professionale, o obbligatoriamente nel caso in cui l’attività di operatore di tatuaggio non sia regolamentata nel Paese di provenienza, con riferimento agli ultimi 10 anni*

*In caso di svolgimento di più attività, utilizzare per ognuna di esse un box, numerandolo progressivamente*

N: 1

Attività svolta:

Data di inizio \_\_\_/\_\_/\_\_\_ e data di fine \_\_ /\_\_/\_\_\_\_ della attività svolta

Denominazione del documento di fonte pubblica comprovante lo svolgimento della attività

Istituto o Autorità emittente:

Allegati obbligatori *(barrare le relative caselle)*

[ ] scansione del documento in lingua originale

[ ] scansione della traduzione asseverata in lingua italiana

DICHIARO

di essere informato ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/2003 che i dati personali raccolti sono obbligatori ai fini dell’istruttoria e saranno trattati dal competente Servizio della Regione Lazio esclusivamente nell’ambito del presente procedimento

Luogo

Data

Firma

**ALLEGATO C**

***Fac simile di presentazione di istanza - Operatore delle attività di piercing/Cittadini di Stati membri UE/SEE/CH***

**REGIONE LAZIO**

programmazioneformazione@pec.regione.lazio.it;

attuazioneinterventiformazione@pec.regione.lazio.it;

svil.econ.relistituzionali@pec.regione.lazio.it

Oggetto: istanza di riconoscimento della qualifica dell’”**Operatore delle attività di Piercing”** in Regione Lazio acquisita nei paesi dell'Unione europea, dello Spazio Economico Europeo e della Confederazione Elvetica

Io sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDO**

**il riconoscimento dei titoli e delle qualifiche professionali per l'esercizio in Lazio dell’attività di**

**“Operatore di Piercing”**

Io sottoscritto consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e dichiarazioni false o mendaci, come previsto dall'articolo 76 del DPR n. 445/2000, nonché dalle norme del codice penale e delle leggi speciali in materia, e del fatto che la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa comporterà ai sensi dell’articolo 75 del DPR n. 445/2000 la decadenza dai benefici conseguenti alla presentazione della presente domanda

DICHIARO

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 che i fatti e gli atti appresso citati ed allegati corrispondono a veridicità e contestualmente

ATTESTO

la conformità all’originale analogico dei documenti di seguito allegati.

ALLEGO

[ ] Scansione di documento d’identità in corso di validità

**A) DOCUMENTI ATTESTANTI IL POSSESSO DELLA QUALIFICA PROFESSIONALE DI “OPERATORE DELLE ATTIVITA’ DI PIERCING”**

*Il Documento da allegare deve attestare, a cura dell’Autorità competente del Paese di origine:*

*- la validità del titolo;*

*- la regolamentazione prevista nello Stato che rilascia il titolo professionale;*

*- la descrizione degli studi previsti per il titolo, con il dettaglio delle discipline svolte;*

*- le ore di formazione teorica e pratica effettuate;*

*- l’autorizzazione da parte dell’autorità competente per il rilascio del titolo.*

Denominazione del documento in lingua originale:

Autorità emittente:

Indirizzo dell’Autorità:

Stato UE/SEE/CH che lo ha rilasciato:

Allegati obbligatori *(barrare le relative caselle)*

[ ] scansione del documento in lingua originale

[ ] scansione della traduzione in lingua italiana

Allego altresì copia dell’eventuale iscrizione all’Albo professionale del Paese di provenienza

Allegati obbligatori *(barrare le relative caselle)*

[ ] scansione del documento in lingua originale

[ ] scansione della traduzione in lingua italiana

**B) DOCUMENTI ATTESTANTI IL POSSESSO DI TITOLI DI STUDIO E DI FORMAZIONE PROFESSIONALE**

*In caso di svolgimento di più attività, utilizzare per ognuna di esse un box, numerandolo progressivamente*

N: 1

Denominazione del titolo:

Istituto o Autorità emittente:

Indirizzo dell’Istituto o dell’Autorità:

Stato UE/SEE/CH che lo ha rilasciato:

Data di inizio \_\_\_/\_\_/\_\_\_ e data di fine \_\_ /\_\_/\_\_\_\_ del percorso di studio/di formazione professionale

Durata complessiva in anni \_\_\_ o in ore \_\_\_\_

Allegati obbligatori *(barrare le relative caselle)*

[ ] scansione del documento in lingua originale

[ ] scansione della traduzione in lingua italiana

**C) DOCUMENTI RELATIVI ALLA ATTIVITÀ DI OPERATORE DI PIERCING SVOLTE NEL PAESE DI PROVENIENZA**

*Da indicare in alternativa e/o in aggiunta al titolo di qualifica, studio o formazione professionale, o obbligatoriamente nel caso in cui l’attività di operatore di tatuaggio non sia regolamentata nel Paese di provenienza, con riferimento agli ultimi 10 anni*

*In caso di svolgimento di più attività, utilizzare per ognuna di esse un box, numerandolo progressivamente*

N: 1

Attività svolta:

Data di inizio \_\_\_/\_\_/\_\_\_ e data di fine \_\_ /\_\_/\_\_\_\_ della attività svolta

Denominazione del documento di fonte pubblica comprovante lo svolgimento della attività

Istituto o Autorità emittente:

Allegati obbligatori *(barrare le relative caselle)*

[ ] scansione del documento in lingua originale

[ ] scansione della traduzione in lingua italiana

DICHIARO

di essere informato ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/2003 che i dati personali raccolti sono obbligatori ai fini dell’istruttoria e saranno trattati dal competente Servizio della Regione Lazio esclusivamente nell’ambito del presente procedimento

Luogo

Data

Firma

**ALLEGATO D**

***Fac simile di presentazione di istanza – “Operatore delle attività di piercing” /Cittadini di Paesi terzi***

**REGIONE LAZIO**

programmazioneformazione@pec.regione.lazio.it;

attuazioneinterventiformazione@pec.regione.lazio.it;

svil.econ.relistituzionali@pec.regione.lazio.it

Oggetto: istanza di riconoscimento della qualifica dell’”**Operatore delle attività di Piercing”** in Regione Lazio acquisita in Paesi Terzi

Io sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDO**

**il riconoscimento dei titoli e qualifiche professionali per l'esercizio in Lazio dell’attività di**

**Operatore di Piercing**

Io sottoscritto consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e dichiarazioni false o mendaci, come previsto dall'articolo 76 del DPR n. 445/2000, nonché dalle norme del codice penale e delle leggi speciali in materia, e del fatto che la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa comporterà ai sensi dell’articolo 75 del DPR n. 445/2000 la decadenza dai benefici conseguenti alla presentazione della presente domanda

DICHIARO

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 che i fatti e gli atti appresso citati ed allegati corrispondono a veridicità e contestualmente

ATTESTO

la conformità all’originale analogico dei documenti di seguito allegati.

ALLEGO

[ ] Scansione di documento d’identità in corso di validità

[ ] Scansione di permesso di soggiorno in corso di validità

[ ] Scansione di permesso di soggiorno in corso di rinnovo e relativa richiesta di rinnovo

[ ] dichiaro, in alternativa al permesso di soggiorno, la condizione di “straniero non soggiornanti” ai sensi dell’articolo 49, comma 1 bis, del DPR 394/1999

**A) DOCUMENTI ATTESTANTI IL POSSESSO DELLA QUALIFICA PROFESSIONALE DI OPERATORE DI PIERCING**

*Il Documento da allegare deve attestare, a cura dell’Autorità competente del Paese di origine:*

*- la validità del titolo;*

*- la regolamentazione prevista nello Stato che rilascia il titolo professionale;*

*- la descrizione degli studi previsti per il titolo, con il dettaglio delle discipline svolte;*

*- le ore di formazione teorica e pratica effettuate;*

*- l’autorizzazione da parte dell’autorità competente per il rilascio del titolo.*

Denominazione del documento in lingua originale:

Autorità emittente:

Indirizzo dell’Autorità:

Stato UE/SEE/CH che lo ha rilasciato:

Allegati obbligatori *(barrare le relative caselle)*

[ ] scansione del documento in lingua originale

[ ] dichiarazione di valore in loco

Allego altresì copia dell’eventuale iscrizione all’Albo professionale del Paese di provenienza

Allegati obbligatori *(barrare le relative caselle)*

[ ] scansione del documento in lingua originale

[ ] scansione della traduzione asseverata in lingua italiana

**B) DOCUMENTI ATTESTANTI IL POSSESSO DI TITOLI DI STUDIO E DI FORMAZIONE PROFESSIONALE**

*In caso di svolgimento di più attività, utilizzare per ognuna di esse un box, numerandolo progressivamente*

N: 1

Denominazione del titolo:

Istituto o Autorità emittente:

Indirizzo dell’Istituto o dell’Autorità:

Stato UE/SEE/CH che lo ha rilasciato:

Data di inizio \_\_\_/\_\_/\_\_\_ e data di fine \_\_ /\_\_/\_\_\_\_ del percorso di studio/di formazione professionale

Durata complessiva in anni \_\_\_ o in ore \_\_\_\_

Allegati obbligatori *(barrare le relative caselle)*

[ ] scansione del documento in lingua originale

[ ] scansione della traduzione asseverata in lingua italiana

**C) DOCUMENTI RELATIVI ALLA ATTIVITÀ DI OPERATORE DI PIERCING SVOLTE NEL PAESE DI PROVENIENZA**

*Da indicare in alternativa e/o in aggiunta al titolo di qualifica, studio o formazione professionale, o obbligatoriamente nel caso in cui l’attività di operatore di tatuaggio non sia regolamentata nel Paese di provenienza, con riferimento agli ultimi 10 anni*

*In caso di svolgimento di più attività, utilizzare per ognuna di esse un box, numerandolo progressivamente*

N: 1

Attività svolta:

Data di inizio \_\_\_/\_\_/\_\_\_ e data di fine \_\_ /\_\_/\_\_\_\_ della attività svolta

Denominazione del documento di fonte pubblica comprovante lo svolgimento della attività

Istituto o Autorità emittente:

Allegati obbligatori *(barrare le relative caselle)*

[ ] scansione del documento in lingua originale

[ ] scansione della traduzione asseverata in lingua italiana

DICHIARO

di essere informato ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/2003 che i dati personali raccolti sono obbligatori ai fini dell’istruttoria e saranno trattati dal competente Servizio della Regione Lazio esclusivamente nell’ambito del presente procedimento

Luogo

Data

Firma