

(Página 1 de 5)

ANEXO I

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE LOS REQUISITOS HIGIÉNICO-SANITARIOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS E INSTALACIONES EN LOS QUE SE APLICAN LAS TÉCNICAS DE TATUAJE, MICROPIGMENTACIÓN O PERFORACIÓN CUTÁNEA "PIERCING", Y DEL INSTRUMENTAL, LOS EQUIPOS Y LOS PRODUCTOS QUE SE EMPLEAN EN LA APLICACIÓN DE LAS CITADAS TÉCNICAS

OPCIONES:

☐ Inicio actividad ☐ Ampliación / Cambio de actividad ☐ Cambio de domicilio social ☐ Cese definitivo de la actividad

Decreto _____ / _____, de _____ de _____ de _____ (BOJA n° _____ de fecha _____)

1 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO O INSTALACIÓN									
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:								DNI/NIF/NIE:	
DOMICILIO SOCIAL:									
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O INSTALACIÓN:									
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO O INSTALACIÓN:									
TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:									
NÚMERO:	CALIFICADOR DE NÚMERO: (LETRA):	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:		
NÚCLEO DE POBLACIÓN:				PROVINCIA:			CÓD. POSTAL		
TELÉFONO:				FAX:					
DOMICILIO SOCIAL									
TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:									
NÚMERO:	CALIFICADOR DE NÚMERO: (LETRA):	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:		
NÚCLEO DE POBLACIÓN:				PROVINCIA:			CÓD. POSTAL		
TELÉFONO:				FAX:					
2 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL									
NOMBRE Y APELLIDOS:								DNI/NIE/NIF:	
EN CALIDAD DE								SEXO ☐ H ☐ M	
CORREO ELECTRÓNICO:									
DOMICILIO:									
TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA:									
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:		
NÚCLEO POBLACIÓN:				PROVINCIA:			PAÍS:	CÓD. POSTAL	
NÚMERO TELÉFONO:				NÚMERO FAX:					
3 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE									
CONSENTIMIENTO EXPRESO DE CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA SOLICITANTE (cumplimentar sólo en caso de que la persona solicitante sea una persona física, no jurídica)									
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)									
☐ Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.									
☐ NO CONSENTIMIENTO y aporte fotocopia autenticada del DNI/NIE									
CONSULTA DE DATOS DE IDENTIDAD DE LA PERSONA REPRESENTANTE									
Marque una de las opciones. En caso de no marcar se entenderá otorgado el consentimiento (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)									
☐ Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.									
☐ NO CONSENTIMIENTO y aporte fotocopia autenticada del DNI/NIE.									



002592

00116056



5	DESCRIPCIÓN EMPLAZAMIENTO
	Descripción de acuerdo con el art. 10: EDIFICIO/LUGAR DE UBICACIÓN: Describir: ÁREA DE TRABAJO: Describir: Paredes: Suelos: Mobiliario: ÁREA DE RECEPCIÓN E INFORMACIÓN: Señalar si se realiza: Hojas de reclamaciones: Información sobre prácticas: ÁREA DE ESPERA:

(Página 3 de 5)

ANEXO I

5	DESCRIPCIÓN EMPLAZAMIENTO (Continuación)
ÁREA DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN ESTERILIZACIÓN Y ALMACENAMIENTO Programa de desinfección, desinsectación y desratización: Certificado, Fecha..... Programa de gestión de residuos peligrosos: Nombre de empresa ... ASEO:	
6	DESCRIPCIÓN EQUIPO, INSTRUMENTAL Y PRODUCTOS EMPLEADOS
Art. 12 Señalar y describir: AGUJAS, JERINGUILLAS Y CUCHILLAS: ELECTRODOS: TINTAS AUTORIZADAS: ENVASES DE PRODUCTOS DE TATUAJE: GUANTES: ROPA DE TRABAJO: JOYAS DE "PIERCING": BOTIQUIN: OTROS:	

002592

00116056

(Página 4 de 5)

ANEXO I

7	DESCRIPCIÓN MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN UTILIZADOS
Art. 13 Describir: EQUIPO DE ESTERILIZACIÓN: MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN: TIPO DE MANTENIMIENTO: Periodicidad: MÉTODOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN:	
8	TÉCNICAS DE TATUAJE Y/O MICROPIGMENTACIÓN UTILIZADAS
Art. 6 Describir:	
9	TÉCNICAS DE PERFORACIÓN CUTÁNEA "PIERCING"
Art. 6 Describir:	
10	REQUISITOS DE LA PERSONA APLICADORA
Art. 15 TITULACIÓN O FORMACIÓN: UNIDADES COMPETENCIALES Capacitación para: Realizar y supervisar técnicas de tatuaje artístico: Realizar y supervisar procesos de micropigmentación: Realizar perforación cutánea "piercing":	

002592

00116056

14	LUGAR, FECHA Y FIRMA
En a de de LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE Fdo.:	

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento, van a ser incorporados, para su tratamiento, al correspondiente fichero de datos de carácter personal. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad la adecuada tramitación de la declaración responsable. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación v oposición dirigiendo un escrito a la Corporación Municipal

(Página 1 de 3)

ANEXO II

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Decreto /, de de de (BOJA n° de fecha)

1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN							
NOMBRE DEL CENTRO:							NIF:
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:						
NÚMERO:	CALIFICADOR DE NÚMERO: (LETRA):	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
COMPLEMENTO DE DOMICILIO:							
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:	PAÍS:		CÓD. POSTAL	
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA APLICADORA DE LA TÉCNICA:							DNI:
TITULACIÓN ACADÉMICA:				CATEGORÍA PROFESIONAL O CUALIFICACIÓN HABILITANTE:			
NÚMERO:	CALIFICADOR DE NÚMERO: (LETRA):	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
COMPLEMENTO DE DOMICILIO:							
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:	PAÍS:		CÓD. POSTAL	
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:					
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA USUARIA:				FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO	DNI:	
					☐ H ☐ M		
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:						
NÚMERO:	CALIFICADOR DE NÚMERO: (LETRA):	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
COMPLEMENTO DE DOMICILIO:							
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:	PAÍS:		CÓD. POSTAL	
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:					
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL:					SEXO	DNI/NIF:	
					☐ H ☐ M		
DOMICILIO:							
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:						
NÚMERO:	CALIFICADOR DE NÚMERO: (LETRA):	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
COMPLEMENTO DE DOMICILIO:							
ENTIDAD DE POBLACIÓN:			PROVINCIA:	PAÍS:		CÓD. POSTAL	
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:					
2 DENOMINACIÓN GENÉRICA DE LA TÉCNICA CORRESPONDIENTE QUE SE VA A APLICAR							
Este documento es suscrito para que la persona usuaria, o quien represente a la misma, preste su consentimiento para ser sometida a la siguiente técnica de decoración corporal:							
☐ TATUAJE							
☐ MICROPIGMENTACIÓN							
☐ PERFORACIÓN CUTÁNEA "PIERCING"							
LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:							



002592/A02

00116056



(Página 2 de 3)

ANEXO II

3	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA TÉCNICA QUE SE VA A APLICAR
ESTA TÉCNICA ES PERMANENTE: ☐ Sí ☐ No	
ESTA TÉCNICA ES PARA TODA LA VIDA: ☐ Sí ☐ No	
EL PASO DEL TIEMPO PUEDE SUPONER UNA ALTERACIÓN O DECOLORACIÓN DE LA ZONA EN LA QUE SE APLIQUE LA TÉCNICA ☐ Sí ☐ No	
CÓMO SE REALIZA:	
.....	
.....	
PUEDE QUE REQUIERA RETOQUES ☐ Sí ☐ No	
MATERIALES QUE SE EMPLEAN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS MISMOS:	
.....	
.....	
.....	
.....	
EFECTOS QUE PUEDE TENER LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA:	
.....	
.....	
.....	
.....	
RIESGOS QUE PUEDE TENER LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA:	
.....	
.....	
.....	
.....	
MEDIDAS HIGIÉNICO-SANITARIAS A ADOPTAR EN LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
PRESUPUESTO Y COSTE TOTAL DEL SERVICIO:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

002592/A02

00116056

(Página 3 de 3)

ANEXO II

4	CONSENTIMIENTO INFORMADO, LUGAR, FECHA Y FIRMA
Yo, D/DÑA manifiesto que he sido informado/a sobre la técnica de decoración corporal denominada, estando conforme con la aplicación de la técnica a realizar. Manifiesto que he comprendido la información recibida y que he aclarado mis dudas. Por ello, he tomado libremente la decisión de AUTORIZAR LA APLICACIÓN DE LA CITADA TÉCNICA En a de de LA PERSONA USUARIA/REPRESENTANTE LEGAL EL/LA PERSONA APLICADOR/A DE LA TÉCNICA DE DECORACIÓN PERSONAL Fdo.: Fdo.:	
PROTECCIÓN DE DATOS	
En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento, van a ser incorporados, para su tratamiento, al correspondiente fichero de datos de carácter personal. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad la custodia del consentimiento expreso necesario para realizar la técnica solicitada. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito al responsable del tratamiento, a la dirección indicada en el apartado 1 de este Anexo	

002592/A02

00116056