

|   |   |
|---|---|
| Spazio per la vidimazione da parte del SUAP | <b>ALLEGATO D-5</b><br><b>Requisiti per l'esercizio di attività di acconciatore – estetista e mestieri affini</b><br>(Legge 14 febbraio 1963, n. 161; Legge 17 agosto 2005, n. 174; Legge 4 gennaio 1990, n. 1; Legge 2 aprile 2007, n. 40) |
|---|---|

|   |
|---|
| <b>1. Dati generali dell'intervento</b> |
| <b>1.1 – Indirizzo dell'esercizio</b>   |
|   |
| <b>1.2 – Titolare dell'esercizio</b>    |
|   |
| <b>1.3 – Descrizione intervento</b>     |
|   |

|  |                  |
|--|------------------|
| <b>IL SOTTOSCRITTO</b>   |                  |
| Cognome  | Nome             |
| Data di nascita  | Luogo di nascita |
| consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n°445 del 28/12/2000, della decadenza dei benefici sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000, nonché di quanto previsto dall'art. 71 del D.P.R. n°445/2000 sul consenso prestato dal dichiarante con la presente, al controllo della corrispondenza al vero di quanto dichiarato |                  |
| <b>DICHIARA</b>  |                  |
| Quanto contenuto nei seguenti quadri:  |                  |

|  |   |                                     |  |
|--|---|-------------------------------------|--|
| <b>2. Requisiti professionali</b>                              |   |                                     |  |
| Il sottoscritto rende la seguente dichiarazione in qualità di: |   |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> titolare D.I.                         | <input type="checkbox"/> socio  | <input type="checkbox"/> dipendente | <input type="checkbox"/> familiare coadiuvante |
| <input type="checkbox"/>                                       | <b>→ Requisiti per gli acconciatori</b>   |                                     |  |
|  | <input type="checkbox"/> Di essere in possesso dei requisiti professionali di cui alla Legge 17 agosto 2005, n. 174 |                                     |  |
|  | Qualifica:  |                                     |  |
|  | Estremi della qualifica   | N°                                  | Data   |
| <input type="checkbox"/>                                       | <b>→ Requisiti per gli estetisti</b>  |                                     |  |
|  | <input type="checkbox"/> Di essere in possesso dei requisiti professionali di cui alla Legge 4 gennaio 1990, n. 1   |                                     |  |
|  | Qualifica:  |                                     |  |
|  | Estremi della qualifica   | N°                                  | Data   |
| Note:  |   |                                     |  |
|  |   |                                     |  |

### 3. Accettazione incarico del direttore tecnico

*In caso di direttore tecnico, barrare la seguente dichiarazione:*

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Il sottoscritto accetta l'incarico di direttore tecnico dell'impresa indicata al precedente quadro 1, impegnandosi a comunicare tempestivamente all'amministrazione l'eventuale successiva rinuncia a detto incarico. |
|--------------------------|---|

### 4. Data e firma

Luogo e data

Firma dell'interessato