



REGIONE LAZIO
**COMMISSIONE PROVINCIALE PER
 L'ARTIGIANATO DI VITERBO**
 presso la **CAMERA DI COMMERCIO I.A.A. di Viterbo**



**DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DELL'ABILITAZIONE PROFESSIONALE
 ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ DI
ESTETISTA
 AI SENSI DELLA LEGGE N. 4 GENNAIO 1990, N. 1**

Protocollo Camera di Commercio IAA di Viterbo

Data ARRIVO

n. protocollo

DATA PROVVEDIMENTO: ____ / ____ / ____

N. DI CATALOGAZIONE POSIZIONE: _____

Alla Commissione Provinciale per l'Artigianato
 Presso Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura

VITERBO

Il sottoscritto nato
 a il
 cittadino residente a
 in via n.

Codice fiscale tel.

fax email

CHIEDE

il **riconoscimento** dell'abilitazione professionale per l'esercizio dell'attività di ESTETISTA di cui alla legge 1/90.

A tal fine, **consapevole delle conseguenze penali a carico di colui che renda dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso**, secondo quanto stabilito dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

1. di essere in possesso del seguente **requisito professionale**:

Corso regionale biennale di qualificazione (minimo 900 ore annue) concluso il presso di , seguito dal **corso** annuale di **specializzazione di estetista** concluso il presso di e dall'**esame teorico-pratico** sostenuto il presso di

Corso regionale biennale di qualificazione (minimo 900 ore annue) concluso il presso di , seguito da **prestazione lavorativa** svolta nell'impresa , con sede in dal al¹ e dall'**esame teorico-pratico** sostenuto il presso di

L'attività lavorativa anzidetta è stata svolta quale

dipendente qualificato inquadrato al livello del CCNL con mansione di

collaboratore familiare iscritto all'INPS e assicurato all'INAIL con mansione di

socio prestatore di lavoro iscritto all'INPS e assicurato all'INAIL con mansione di

.....

Prestazione lavorativa svolta nell'impresa con sede in in qualità di **apprendista** dal al , seguita dalla prestazione lavorativa **qualificata** presso l'impresa/studio medico specializzato con sede in in qualità di (qualifica del CCNL) dal al² e da apposito **corso regionale** (almeno 300 ore) concluso il presso di il e dall'**esame teorico-pratico** sostenuto il presso di

Prestazione lavorativa qualificata a tempo pieno svolta nell'impresa con sede in dal al³ , seguito da apposito **corso regionale** (almeno 300 ore) concluso il presso di

¹ minimo 1 anno di inserimento

² minimo 1 anno

³ minimo 3 anni

..... e **dall'esame teorico-pratico** sostenuto il presso
..... di

L'attività lavorativa anzidetta è stata svolta quale

dipendente qualificato inquadrato al livello del CCNL
con mansione di

collaboratore familiare iscritto all'INPS e assicurato all'INAIL con mansione di
.....

socio prestatore di lavoro iscritto all'INPS e assicurato all'INAIL con mansione di
.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. di non essere stato sottoposto a misure di prevenzione, divenute definitive, a norma delle leggi 27 dicembre 1956, n. 1423, 10 febbraio 1962, n. 57, 31 maggio 1965, n. 575, 13 settembre 1982, n.646 (legislazione antimafia).

3. di essere informato, ai sensi di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente domanda viene presentata.

LI _____

(firma del richiedente/dichiarante)



ALLEGATI:

2. Unitamente alle dichiarazioni rese nella domanda possono essere allegate, in fotocopia, le documentazioni utili per valutare il possesso dei requisiti professionali del richiedente (dichiarazioni del datore di lavoro, attestato/diploma di qualifica professionale rilasciato da Enti Regionali o da scuole private legalmente riconosciute, buste paga, ecc. ...).
3. Copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità
4. Versamento di Euro 31,00 in contanti o mediante assegno circolare, non trasferibile intestato alla C.C.I.A.A. – Albo Imprese Artigiane, per diritti di segreteria OVVVERO ricevuta del versamento della medesima cifra sul c/c n° 12292017, intestato alla C.C.I.A.A. inserendo la causale: *Richiesta abilitazione professionale acconciatori*.