



---

## Modulo di certificazione sanitaria

---

### Al personale sanitario:

Questo modulo deve essere usato per pazienti che devono essere esaminati da un medico, un assistente medico o un infermiere specializzato per richiedere la licenza per la gestione di un centro estetico o di un negozio di barbiere. Completare la sezione sottostante di questo modulo, quindi apporre data e firma.

### Al richiedente della licenza per centri estetici/negozi di barbiere:

È necessario sottoporsi a un esame fisico per essere idonei a richiedere una licenza nei settori della cosmetologia, estetica, manicure, cura naturale dei capelli, depilazione e per negozi di barbiere. Il suo medico, assistente medico o un infermiere specializzato deve completare, firmare e apporre una data a questa certificazione sanitaria. La richiesta di licenza dovrà essere inoltrata online entro 30 giorni dalla data dell'esame.

### Istruzioni:

Utilizzare le informazioni contenute nella certificazione qui sotto per richiedere la licenza online. Dovrà inserire le informazioni riportate in questo modulo nei campi della certificazione sanitaria all'interno del sistema.

**Nota:** il modulo di certificazione sanitaria compilato viene sottoposto a controllo da parte di un inquirente per garantire il rispetto delle presenti istruzioni. Il modulo compilato deve essere conservato presso la struttura lavorativa per 3 anni a fini di verifica.

---

---

### Certificazione sanitaria:

Sono un medico G regolarmente autorizzato, un assistente medico G regolarmente autorizzato o un infermiere specializzato G regolarmente autorizzato, e dichiaro

che dopo aver sottoposto \_\_\_\_\_ a un esame di routine, in data  
(nome del richiedente)

\_\_\_\_\_, non ho riscontrato prove cliniche della presenza di infezioni o  
(data dell'esame fisico)

malattie infettive che possano rappresentare un notevole rischio o una minaccia immediata per la salute o la sicurezza pubblica nell'esercizio della professione da parte del richiedente.

Nome del medico (in stampatello): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Indirizzo della clinica: \_\_\_\_\_

Firma del medico: \_\_\_\_\_ Qualifica: \_\_\_\_\_