

ALLEGATO A)**NOTIFICA DI INSTALLAZIONE DI APPARECCHI PER IL TRATTAMENTO DELLA PELLE MUNITI DI EMETTITORI DI RAGGI ULTRAVIOLETTI (UV)****DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA**

Denominazione			
Indirizzo			
Proprietà			
Responsabile			
Orario di esercizio			
Tipo di attività	Solo solarium	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Estetica più solarium	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Parrucchiere più solarium	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Tatuaggio (piercing)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Altro		
Autorizzazione attività	SI <input type="checkbox"/>	N°	del
	NO <input type="checkbox"/>		

PERSONALE DIPENDENTE

E' presente personale alle dipendenze?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

APPARECCHIATURE

	Marca	Anno fabbric.	Anno installaz.	Potenza irradiata (1)	Numero apparecchi	Presenza di manuale d'uso
Trifacciale						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Lettino						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Doccia						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

(1) Trattasi della potenza totale irradiata o irradianza totale (somma irradianze UV-A ed UV-B) espressa in mW/m² dell'apparecchio e non della potenza assorbita dalla rete.

Sono presenti apparecchiature a gettone ?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

In caso affermativo compilare la tabella seguente:

	Marca	Anno fabbric.	Anno installaz.	Potenza irradiata (1)	Numero apparecchi	Presenza di manuale d'uso
Trifacciale						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Lettino						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Doccia						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Da allegare planimetria della struttura in scala 1/100 con indicazioni del posizionamento degli apparecchi e indicazione d'uso dei locali parte integrante dell'attività.

DATA

Firma del Legale Rappresentante

NOTIFICA DI INSTALLAZIONE DI APPARECCHI PER IL TRATTAMENTO DELLA PELLE MUNITI DI EMETTITORI DI RAGGI ULTRAVIOLETTI (UV)
(intercalare)

DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA

Denominazione
Indirizzo
Legale Rappresentante

APPARECCHIATURE

	Marca	Anno fabbricazione	Anno installazione	Potenza irradiata (1)	N° Apparecchi	Presenza di manuale d'uso
Trifacciale						
Lettino						
Doccia						

(1) Trattasi della potenza irradiata o irradianza dell'apparecchio e non della potenza assorbita dalla rete.

Firma:

Data:

REGISTRO

(art. 2 DPGR n. 78/99)

Ragione sociale dell'esercizio:
Indirizzo:

Apparecchio n. **UV di tipo**

Facciale **Lettino** **Doccia**

Casa produttrice **N° matricola**

Data costruzione
.....

Data acquisto
.....

Data installazione
.....

Data entrata in esercizio
.....

**Data dismissione e
modalità:**

**Data alienazione e
nome compratore:**

Anno:

Mese **Ore di funzionamento a fine mese**

Interventi:

Data	Tipo di intervento	Esecutore (timbro e firma)
------	--------------------	-------------------------------

Mese **Ore di funzionamento a fine mese**

Interventi:

Data	Tipo di intervento	Esecutore (timbro e firma)
------	--------------------	-------------------------------

Mese **Ore di funzionamento a fine mese**

Interventi:

Data	Tipo di intervento	Esecutore (timbro e firma)
------	--------------------	-------------------------------

SCHEDA INDIVIDUALE

(art. 3, comma 3, DPGR n. 78/99)

C.F.

o in alternativa

Cognome
Nome
Nato a
In data

Nota informativa allegata, sottoscritta il:

N°	Data seduta	N° matricola e modello apparecchio	Dose di esposizione della seduta (J/m ²)	Esposizione cumulativa
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

* valore di esposizione da non superare nell'arco di 12 mesi = 15kJ

L'UTILIZZATORE DEVE ESSERE INFORMATO IN MERITO AI POTENZIALI RISCHI PER LA SALUTE DERIVANTI DALL'ESPOSIZIONE A RAGGI U.V.

IN PARTICOLARE, come testualmente riporta la norma tecnica CEI EN 60335-2-27:1998, è importante ricordare che:

- 1) le radiazioni ultraviolette solari o gli apparecchi UV possono causare danni alla pelle o agli occhi. Questi effetti biologici dipendono dalla qualità e dalla quantità delle radiazioni così come dalla sensibilità cutanea e oculare dell'individuo;
- 2) la cute potrebbe sviluppare eritema solare simile a quello conseguente ad una eccessiva esposizione al sole. Esposizioni eccessivamente ripetute alle radiazioni ultraviolette solari o degli apparecchi UV possono determinare un invecchiamento prematuro della cute così come un aumento del rischio di sviluppare neoplasie cutanee;
- 3) l'occhio non protetto potrebbe sviluppare un'inflammatione superficiale e, in alcuni casi, dopo un intervento di cataratta, potrebbe verificarsi un danno alla retina dopo un'eccessiva esposizione. Le cataratte potrebbero svilupparsi dopo esposizioni ripetute;
- 4) è necessaria un'attenzione speciale nei casi di pronunciata sensibilità individuale alle radiazioni ultraviolette e nei casi in cui siano impiegati alcuni medicinali o cosmetici;
- 5) la dose massima annuale da non superare è di 15 KJ/m²;
- 6) il tempo di esposizione raccomandato per la prima seduta non deve essere inferiore ad 1 minuto;
- 7) non sottoporsi ad esposizione mentre si assumono farmaci che accrescono la sensibilità alle radiazioni ultraviolette: in caso di dubbio, farsi consigliare dal medico;
- 8) far passare almeno 48 ore tra le prime 2 esposizioni;
- 9) utilizzare sempre gli occhiali protettivi forniti;

- 10) rimuovere bene i prodotti cosmetici prima dell'esposizione e non applicare nessuna crema protettiva per il sole;
- 11) non prendere il sole e utilizzare l'apparecchio nello stesso giorno;
- 12) seguire le raccomandazioni riguardanti la durata delle esposizioni, gli intervalli delle esposizioni e le distanze dalla lampada;
- 13) chiedere il consiglio medico se si sviluppano sulla cute persistenti protuberanze, irritazioni o nei pigmentati.

Il personale è disponibile per ulteriori informazioni.

Data _____

Per presa visione l'utente: _____

Si certifica che il Sig.

Sulla base della visita medica da me effettuata non presenta controindicazioni all'utilizzo per scopi estetici di apparecchiature UV di tipo 4.

E' completa responsabilità dell'utilizzatore il rispetto dei tempi e delle modalità di esposizione previsti nel manuale d'uso.

(Timbro e firma del medico)

Data: