

Anmälan om hygieniska behandlingar, solarium eller bassängbad

Enligt 38 § förordning (1998:899) om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd och 10 § SSMFS 2012:5
Anmälan ska finnas hos tillsynsmyndigheten **minst 6 veckor före** start av ny verksamhet eller ändring.

Allmänna uppgifter

Verksamhetens namn*		Organisations- eller personnummer*	
Besöksadress*	Postadress*	Ort*	
Huvudman/Innehavare och ev. företagsnamn*			
Kontaktperson/verksamhetsansvarig (namn och titel)*			
Faktureringsadress (om annat än ovan)		Ref.nr	
E-post		Telefon*	
Fastighetsbeteckning*		Fastighetsägare	

Omfattning av verksamheten

Antal gäster/kunder per dag*:		Antal dagar per år som verksamhet bedrivs*:	
<input type="checkbox"/> Ny verksamhet		<input type="checkbox"/> Befintlig verksamhet	
<input type="checkbox"/> Ambulerande/flyttbar verksamhet		<input type="checkbox"/> Tillfällig verksamhet (exempelvis vid evenemang)	
<input type="checkbox"/>	Ändring eller flytt av befintlig verksamhet. Beskriv ändringen här nedanför:		

Typ av verksamhet som ska bedrivas

<input type="checkbox"/> Tatuering	Antal behandlingsplatser:	
<input type="checkbox"/> Piercing	Antal behandlingsplatser:	
<input type="checkbox"/> Fot- eller nagelvård (manikyr eller pedikyr)	Antal behandlingsplatser:	
<input type="checkbox"/> Akupunktur	Antal behandlingsplatser:	
<input type="checkbox"/> Solarium	Antal solarium:	
<input type="checkbox"/> Obemannat solarium	<input type="checkbox"/> Bemannat solarium	
Finns det råd för skydd och solning synligt och tillgängligt vid varje solarium? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Ange kategorimärkning/UV-typ på respektive solarium		
<input type="checkbox"/> Badanläggning	<input type="checkbox"/> Inomhus <input type="checkbox"/> Utomhus	Antal badanläggningar:
Typ av badanläggning		
<input type="checkbox"/> Spabad/bubbelpool	<input type="checkbox"/> Badtunna	<input type="checkbox"/> Bassäng <input type="checkbox"/> Pool <input type="checkbox"/> Plaskdamm <input type="checkbox"/> Annat
Om annat, ange vad:		
Antalet tillåtna badande samtidigt:		

Vid tatuering, piercing, akupunktur, fotvård eller andra stickande/skärande moment

Redskap och instrument	
<input type="checkbox"/> Engångsredskap eller -instrument	<input type="checkbox"/> Flergångsredskap eller -instrument
<input type="checkbox"/> Både engångs- och flergångsredskap	
Beskriv sterilisering av flergångsinstrument	
Har personalen har dokumenterade kunskaper i sterilhantering eller motsvarande? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Beskrivning av verksamheten och byggnaden*

Ge en beskrivning av verksamheten (rutiner för städning, rengöring m.m. ska bifogas i ett egenkontrollprogram, se längre ned.)	
Byggnadsår:	
Typ av ventilation:	<input type="checkbox"/> S (Självdrag) <input type="checkbox"/> F (Mekanisk frånluft) <input type="checkbox"/> FTX (Mekanisk till- och frånluft)
Kommunalt vatten och avlopp?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, beskriv: <input type="checkbox"/>

Egenkontroll* (Glöm inte att bifoga egenkontrollprogrammet! – Se "Bilagor" längre ned)

1. Finns rutiner för en god inomhusmiljö och förebyggande arbete för besökare/kunders hälsa och miljö? (t.ex. avseende ventilation, vattenrening, buller, temperatur, hygien och rengöring/städning, rening av specialavlopp)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
2. Om ja på 1, har hänsyn tagits för att uppfylla gällande riktvärden, enligt exempelvis Folkhälsomyndighetens allmänna råd, vid utformning av rutinerna?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
3. Om ja på 1, finns rutinerna dokumenterade?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4. Om ja på 3, innehåller dokumentationen följande (enligt förordning (1998:901) om verksamhetsutövarens egenkontroll)
Fördelning av ansvaret för frågor enligt miljöbalken och tillhörande regelverk
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Rutiner för att kontrollera utrustning och förebygga olägenheter för hälsa och miljö
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Värdering och bedömning av risker i verksamheten från hälso- och miljösynpunkt
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Förteckning av kemiska produkter
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Bilagor

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Egenkontrollprogram* Ska innehålla minst ansvarsfördelning, kemikalieförteckning, riskbedömningar, rutiner för underhåll av utrustning, städ- och rengöringsrutiner m.m.
Se förordning (1998:901) om verksamhetsutövers egenkontroll samt 2 och 26 kap miljöbalken (1998:801). |
| <input type="checkbox"/> | Protokoll från senaste utförd obligatorisk ventilationskontroll (OVK)* |
| <input type="checkbox"/> | Vid ny verksamhet eller inför ändring av befintlig verksamhet ska det bifogas en ritning över de lokaler/utrymmen som ska användas av verksamheten. Markera ut följande på ritningen; <ul style="list-style-type: none">• Utrymme för aktivitet / behandling• Tvättställ, handtvätt, disk, rengöring, sterilisering, toaletter, omklädning• Personalutrymmen, såsom omklädning och personaltoalett |

Information och upplysningar

För handläggningen kommer en avgift att tas ut. Avgiften är baserad på gällande taxa, fastställd av Kommunfullmäktige. En avgift tas även ut för eventuella beslut om avslag, avvisning eller avskrivning.

När ni lämnar eller skickar in blanketter till Arjeplogs kommun så ger ni oss vissa personuppgifter om er själva. Era uppgifter loggas och innehålllet som har inkommit sparas så att vi kan hantera ert ärende. Hur vi behandlar och skyddar uppgifterna regleras av EUs dataskyddsförordning och den svenska dataskyddslagen. Mer information finns på kommunens hemsida <https://arjeplog.se/>

Ifylld och signerad blankett med bifogade bilagor skickas till:
kommun@arjeplog.se (Ange i ämnesfältet vad ansökan avser)

Eller via post till:
Arjeplogs kommun, 938 81, Arjeplog.

Anmälan ska finnas hos tillsynsmyndigheten minst 6 veckor före start av ny verksamhet eller ändring.

Kontaktsätt

Jag vill ta emot beslut, skrivelser, delgivningar och andra dokument via:*	<input type="checkbox"/> E-post	<input type="checkbox"/> Brev
--	---------------------------------	-------------------------------

Underskrift

Härmed intygas att ovanstående uppgifter är korrekta. Jag samtycker samtidigt till att uppgifterna behandlas enligt gällande dataskyddslagstiftning samt att en avgift tas ut enligt gällande taxa.

Datum*	Ort*
Namnunderskrift sökande*	Namnförtydligande*

Om du/ni använder ett ombud, bifoga en fullmakt!