



Sökande

Verksamhetens namn	Organisationsnummer
Fastighetsbeteckning	
Verksamhetens adress, postnummer och ort	
Utdelningsadress (om annan än ovan)	
Faktureringsadress (om annan än ovan)	
Kontaktperson	Telefonnummer
E-post	

Anmälan avser

- Ny verksamhet med stickande / skärande behandling (Fyll i Ruta 1)
- Flytt av verksamhet med stickande / skärande behandling (Fyll i Ruta 2)
- Ändring i befintlig verksamhet med stickande / skärande behandling (Fyll i Ruta 3)
- Tillfällig verksamhet med stickande / skärande behandling, ex. mässa evenemang (Fyll i Ruta 4)

Ruta 1 - Ny verksamhet

Vilka behandlingar ska du utföra?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Microneedling / mikronålning |
| <input type="checkbox"/> Tatuering | <input type="checkbox"/> Fotvård |
| <input type="checkbox"/> Kosmetisk tatuering / microblading | <input type="checkbox"/> Manikyr / pedikyr där stickande el. skärande redskap används |
| <input type="checkbox"/> Piercing | <input type="checkbox"/> Hijama / Våtkoppling |
| <input type="checkbox"/> Håltagning med engångskassett | <input type="checkbox"/> Annan skärande eller stickande behandling: |
| <input type="checkbox"/> Rakning / barberare | _____ |

Startdatum: _____

Hur många behandlingsplatser har din verksamhet? _____

Om du delar lokal med andra, hur många behandlingsplatser finn totalt i lokalen? _____



Ruta 2 - Flytt av verksamhet

Nuvarande adress: _____

Ny adress: _____

Startdatum i den nya lokalen: _____

Ruta 3 - Ändring av befintlig verksamhet

Vilka behandlingar ska du utföra?

- Utökning med ny typ av behandling (Fyll i Ruta 1)
- Utökning med fler platser
- Ombyggnad /förändring av lokalerna
- Nytt organisationsnummer
- Upphör med viss typ av behandling
- Upphör med verksamheten, datum: _____

Ruta 4 - Tillfällig verksamhet

Typ av behandling: _____

Plats: _____

Tidsperiod: _____

Om behandlingslokalen

Finns tvättställ med rinnande varmvatten, tvål och engångshanddukar för handtvätt?

Ja Nej

Finns utrymme för rengöring, desinfektion och sterilisering av instrument och redskap?

Ja Nej

Finns särskild plats för desinfekterade respektive sterila instrument och redskap?

Ja Nej

Finns städutrymme med utslagsvask?

Ja Nej

Finns toalett för kunder?

Ja Nej



Följande uppgifter ska bifogas till anmälan

- **Ritning över lokalens utformning och inredning**
Rita ut placering av behandlingsplats/er, handtvättställ, plats för rengöring av utrustning, plats för utslagsvask, städutrymme och toaletter.
- **Skriftliga rutiner**
Hygienrutiner vid ingrepp och behandling, städrutiner, rutiner för rengöring och desinficering / sterilisering av instrument samt information till kunder före och efter behandling.

Datum och underskrift

Ort och datum
Sökandes namnteckning
Namnförtydligande

Handläggningsavgift

Avgift för handläggning av anmälan tas ut enligt gällande taxa antagen av kommunfullmäktige. Avgiftens storlek beror på om verksamheten innebär en påtaglig eller måttlig hälsorisk.

Skicka blanketten till:

Ljungby kommun
Miljö- och byggförvaltningen
341 83 Ljungby

E-post: miljo.byggnamnden@ljungby.se

Information om personuppgiftsbehandling

För att kunna behandla din ansökan kommer vi att registrera den och dina personuppgifter i vårt verksamhetssystem. Du har enligt dataskyddsförordningen rätt att ta del av de uppgifter som gäller dig själv som finns i vårt register och även begära rättelse av dessa. För att läsa mer gå in på www.ljungby.se/dataskyddsförordning

Personuppgiftsansvarig: Miljö- och byggförvaltningen