



**AZIENDA COMPLESSO OSPEDALIERO SAN FILIPPO NERI  
OSPEDALE DI RILIEVO NAZIONALE ED ALTA  
SPECIALIZZAZIONE**

Direzione Sanitaria Aziendale  
UOS Formazione, Qualità ed Efficacia Clinica



tel. 06 33062779, fax 06 33062785  
formazione@sanfilipponeri.roma.it

**Richiesta per prenotazione della Sala Multimediale**

Al Dirigente UOS Formazione, Qualità ed Efficacia Clinica  
Dott. Giuseppe Neri

Il/la sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Istituto/Azienda \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La concessione in uso della Sala Multimediale per lo svolgimento delle seguenti attività di cui si allega il programma:

Con le seguenti modalità:

	Data	Dalle ore	Alle ore	n. Partecipanti
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Attrezzatura richiesta \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara che la presente richiesta è finalizzata allo svolgimento di eventi di natura istituzionale o di convegni, seminari e corsi su argomenti sanitari di tipo istituzionale e/o formativo, che richiedano l'utilizzo delle dotazioni della Sala Multimediale e si impegna a custodire con responsabilità i locali e i sussidi affidati, riconsegnandoli entro l'orario stabilito. Il sottoscritto dichiara, altresì, di aver preso integralmente visione del Regolamento aziendale che disciplina l'utilizzo della Sala e si impegna a rispettarlo e a farlo rispettare, consapevole della facoltà dell'Azienda di richiedere il risarcimento di eventuali danni causati durante lo svolgimento dell'attività autorizzata.

Il sottoscritto, se non esentato dal Direttore Generale dal pagamento del contributo di liberalità prevista (Art. 4 Regolamento Sala Multimediale), si impegna a consegnare copia di ricevuta dell'effettuato versamento, prima dell'inizio dell'evento.

Data \_\_\_\_\_

Il Richiedente

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)

N.O. Direttore Generale

Contributo SI  NO

Riservato Formazione

Invio Richiedente