



Richiesta per prenotazione della Sala Teatro Pad. 90

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

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Istituto/Azienda _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

CHIEDE

la concessione in uso della Sala Teatro Pad.90 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"/>				

Per quanto attiene agli eventi che si protraggono oltre gli orari previsti dall'attività istituzionale (lun – ven 7.30 – 13.30 e lun – mer 14.00 – 17.00) e che per questo motivo, richiedono la presenza del Servizio di vigilanza, devono essere preventivamente concordati e autorizzati.

Attrezzatura richiesta: Videoproiettore Personal Computer Microfoni

TUTOR* _____ *l'indicazione del Tutor è obbligatoria ai fini dell'accettazione della richiesta

Il sottoscritto dichiara che la presente richiesta è finalizzata allo svolgimento di eventi, convegni, seminari e corsi su argomenti di tipo istituzionale e/o formativo e si impegna, in qualità di responsabile dell'evento, a custodire con responsabilità i locali e i sussidi affidati, riconsegnandoli entro l'orario stabilito e rispondendo di eventuali danni causati alla struttura e alle attrezzature utilizzate. Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere a conoscenza che la gestione delle attività all'interno della Sala è di esclusiva pertinenza dell'organizzatore e/o del Tutor d'aula precedentemente indicato.

Letto, approvato e firmato.

Data _____

Il Richiedente

N.O. Direttore Generale

 Timbro e Firma

Riservato Formazione

Invio Richiedente