

Allegato B

MODULO RICHIESTA DELLE SALE/AULE/LABORATORI

APPROVATO CON DELIBERA DEL CDA N. 32 DEL 04-09-2019

RICHIEDENTE:

COGNOME		NOME		QUALIFICA	
RAGIONE SOCIALE					
INDIRIZZO					
CITTA'			PROV.		CAP
TEL.		E-MAIL		C.F./P.IVA	

DATI PER FATTURAZIONE:

RAGIONE SOCIALE A CUI INTESTARE LA FATTURA					
INDIRIZZO			CITTA'		
PROV.	CAP		TEL.		E-MAIL
C.F./P.IVA			DATI FATT.ELETTRONICA		

RICHIESTA:

TIPO DI MANIFESTAZIONE			
DATA MANIFESTAZIONE			
ORARIO MANIFESTAZIONE	MATTINO 8,30/13,30	POMERIGGIO 14,30/19,30	SERA
	DALLE	DALLE	DALLE
	ALLE	ALLE	ALLE
NUMERO PARTECIPANTI		NUMERO RELATORI	
SALA RICHIESTA	<input type="checkbox"/> SALA MULTIMEDIALE CON VIDEOPROIETTORE E CASSE AUDIO <input type="checkbox"/> SALA RIUNIONI CON VIDEOPROIETTORE <input type="checkbox"/> AULA PER LEZIONI TEORICHE/PRATICHE <input type="checkbox"/> AULA CON PC VIDEOPROIETTORE E LAVAGNA LIM PER LEZIONI <input type="checkbox"/> AULA COMPUTER CON VIDEOPROIETTORE <input type="checkbox"/> SALA DEL GUSTO <input type="checkbox"/> PALESTRA GASTRONOMICA <input type="checkbox"/> LABORATORI		

ATTREZZATURE E/O SERVIZI RICHIESTI (compatibilmente con le disponibilità)

CON COSTO AGGIUNTIVO	
<input type="checkbox"/> LAVAGNA A FOGLI MOBILI	<input type="checkbox"/> TAVOLO SEGRETERIA ESTERNO SALA
<input type="checkbox"/> PC PORTATILE	<input type="checkbox"/> COSTO COPIA CON OPERATORE
<input type="checkbox"/> PORTIERATO	<input type="checkbox"/> ALTRO DA SPECIFICARE
<input type="checkbox"/> APERTURA ANTICIPATA	<input type="checkbox"/>

TOTALE RIMBORSO SPESE € _____ **(ESCLUSA IVA)**

AL RIGUARDO, IL SOTTOSCRITTO, FIN DA ORA SI IMPEGNA A GARANTIRE CHE IL NUMERO DEI PRESENTI ALLA MANIFESTAZIONE NON SUPERI QUELLO PER CUI LA SALA È STATA OMOLOGATA. IN APPLICAZIONE DELL'ART. 51 DELLA LEGGE 16 GENNAIO 2003 N.3 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI, CONCERNENTE LA TUTELA DELLA SALUTE DEI NON FUMATORI E DELLA CIRCOLARE DEL MINISTRO DELLA SALUTE DEL 17 DICEMBRE 2004, RECANTE DISPOSIZIONI INTERPRETATIVE ED ATTUATIVE DI DETTA NORMATIVA, IL RICHIEDENTE SEGNALE, QUALE SOGGETTO RESPONSABILE DELLE ATTIVITÀ DI VIGILANZA ANTIFUMO, IL SEGUENTE NOMINATIVO: _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA ALTRESÌ DI SOLLEVARE L'ENTE ASP "G.O. BUFALINI" DA OGNI RESPONSABILITÀ CONNESSA AD INCIDENTI DOLOSI E COLPOSI ARRECATI A PERSONE O COSE CONSEGUENTI A QUANTO CONCESSO IN USO.

DICHIARA INOLTRE, DI AVERE PRESO COGNIZIONE E DI ACCETTARE INTEGRALMENTE ED INCONDIZIONATAMENTE LE MODALITÀ E LE NORME RIPORTATE NEL REGOLAMENTO PER LA CONCESSIONE IN USO DELLE SALE ED IL RELATIVO TARIFFARIO.

DA ATTO CHE IL RAPPORTO PER L'UTILIZZO DEI LOCALI E DEGLI IMPIANTI E' CONDIZIONATO A GARANZIA PRESTATO MEDIANTE POLIZZA ASSICURATIVA.

DATA _____

IN FEDE

SI AUTORIZZA	NON SI AUTORIZZA