MODULO DI RICHIESTA UTILIZZO SALE CONVEGNI

Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ragusa

1. DATI DEL RICHIEDENTE

- **Nome e Cognome / Denominazione Ente o Associazione**: _____
- **Codice Fiscale / Partita IVA**: _____
- **Ruolo / Qualifica**: _____
- **Telefono**: _____
- **Email**: _____
- **Referente per l'evento (se diverso)**: _____

2. TIPOLOGIA DI RICHIEDENTE

☐ Iscritto all'Ordine

☐ Consigliere dell'Ordine

☐ Associazione / Società Scientifica Medica

☐ Sindacato Medico

☐ Ente esterno

3. SALA RICHIESTA

☐ Sala Conferenze (max 100 posti)

☐ Saletta Consiglio (max 20 posti)

☐ Saletta Nuova (max 30 posti)

4. DETTAGLI DELL'INIZIATIVA

- **Titolo dell'evento**: _____
- **Finalità**: _____ _____ _____ _____
- **Data evento**: ____ / ____ / _____
- **Orario di utilizzo**: ☐ 8:30–13:30

- ☐ 14:30–19:30
- ☐ 8:30–19:30
- **Durata prevista**: _____
- **Numero partecipanti stimati**: _____
- **Richiesta dispositivi multimediali (proiettore, audio-video, ecc.)**: ☐ Sì ☐ No

5. DICHIARAZIONI

☐ Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del Regolamento per l'utilizzo delle sale riunioni e di accettarne integralmente le condizioni.

☐ Il sottoscritto si impegna a garantire la corretta conservazione dei locali, degli arredi e delle attrezzature, assumendosi ogni responsabilità per eventuali danni.

☐ Il sottoscritto è consapevole che l'accesso alla sala regia è vietato ai soggetti estranei, salvo espressa autorizzazione.

☐ Il sottoscritto si impegna a rivolgersi esclusivamente al personale dell'Ordine per ogni necessità organizzativa o tecnica.

Ragusa lì_____ Firma

_____

*****Parte riservata all'Ufficio*****

Il Presidente, valutata la finalità dell'iniziativa CONCEDE / NON CONCEDE l'utilizzo della:

☐ Sala Conferenze (max 100 posti)

☐ Saletta Consiglio (max 20 posti)

☐ Saletta Nuova (max 30 posti)

Ragusa lì_____ Il Presidente

_____