

ALLEGATO 1

MODULO DI RICHIESTA per utilizzo di:
“CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE - SALA A”/ “CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE - SALA B”/ “SALA ROSA”, “SALA ROSA PICCOLA”, “SALA ROSA GRANDE”

IL SOTTOSCRITTO

Nome e cognome _____
Luogo di nascita _____ data di nascita _____
Indirizzo di residenza _____ Città _____ Provincia _____
Codice Fiscale _____
Telefono fisso _____ mobile _____ e-mail _____

IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DI

Denominazione

_____ [specificare la natura giuridica (società, cooperativa, associazione, ente pubblico, ecc...)]

Indirizzo sede legale _____

Codice fiscale _____ P. IVA _____

Telefono fisso _____ mobile _____ e-mail _____

Sito web _____

IL SOTTOSCRITTO IN QUALITA' DI REFERENTE/RESPONSABILE DELLA S.C./S.O./S.S.
DELL'A.S.S. _____

CHIEDE LA CONCESSIONE IN UTILIZZO TEMPORANEO DELLO SPAZIO DENOMINATO

(indicare la scelta apponendo una crocetta affianco allo spazio richiesto) :

- **“CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE - SALA A”**

- **“CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE - SALA B”**

- **“SALA ROSA”** (specificare se si utilizzerà tutta la **“SALA ROSA”** , la sola **“SALA ROSA PICCOLA”** o la sola **“SALA ROSA GRANDE”**)

PER _____

Titolo: _____

Descrizione:

Con ingresso: gratuito a pagamento a offerta libera

Motivo dell'utilizzo:

REFERENTE dell'iniziativa (se diverso dal sottoscritto)

Nome e cognome _____

Telefono fisso _____ mobile _____ e-mail _____

Altri soggetti organizzatori o coinvolti nella manifestazione:

Personale di supporto: proprio tecnico di sala assistenza al pubblico
Ripristino sale/pulizia in proprio: no si

Attrezzature aggiuntive (rispetto a quelle indicate negli allegati 2.1 – 2.2. - 2.3.)

Data di utilizzo e orari:

dal _____ al _____ Dalle ore _____ alle ore _____

dal _____ al _____ Dalle ore _____ alle ore _____

dal _____ al _____ Dalle ore _____ alle ore _____

A TAL FINE DICHIARA

1. di aver preso visione e di accettare integralmente le norme del Regolamento per la concessione in utilizzo temporaneo;
2. di aver preso visione delle tariffe in vigore per lo Spazio richiesto;
3. di aver preso visione della dotazione tecnica e strumentale e che essa è conforme a quanto indicato all'allegato 2.1 ("Centro di Formazione Aziendale – Sala A"), all'allegato 2.2. ("Centro di Formazione Aziendale - Sala B"), all'allegato 2.3 ("Sala Rosa" - "Sala Rosa Piccola" – "Sala Rosa Grande");
4. di assumere la responsabilità esclusiva e diretta per qualunque danno a persone o a cose, di proprietà della Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste o di terzi, che dovesse verificarsi in occasione dell'utilizzo degli spazi e
 - di aver stipulato
 - di impegnarsi a stipulare idonea polizza assicurativa

E SI IMPEGNA

1. ad utilizzare gli spazi e le dotazioni in dotazione esclusivamente per gli scopi indicati nella presente domanda e successivamente autorizzati con l'atto di concessione, rispettando gli orari indicati;
2. a rispettare ogni adempimento in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/2008 e successive modifiche/integrazioni);
3. ad osservare tutte le norme in materia di pubblica sicurezza, igiene e sanità e a richiedere le autorizzazioni o i nulla osta eventualmente necessari per l'espletamento dell'iniziativa;
4. a provvedere al pagamento della tariffa di concessione e all'eventuale deposito cauzionale nella misura ed entro i termini indicati dall'A.S.U.I.Ts
5. a osservare tutte le prescrizioni previste dal piano d'emergenza e d'evacuazione, a disposizione presso all'ufficio di segreteria della Direzione Strategica, che dichiara di conoscere, nonché le norme del presente Regolamento.

Timbro e firma del legale rappresentante
dell'ente/associazione o del richiedente se persona fisica

Data, _____

Riservato all'ufficio. Attesto che la presente domanda è stata sottoscritta in mia presenza dal signor.....identificatomediante

L'INCARICATO

Trieste,

Il presente modulo, completo in tutte le sue parti, e debitamente sottoscritto dal Legale Rappresentante della Società/Ente o dalla persona fisica responsabile dell'iniziativa, deve essere consegnato direttamente o inoltrato via fax o via mail al seguente indirizzo allegando la fotocopia di un valido documento di riconoscimento del richiedente.

Per la richiesta in concessione del “Centro di Formazione Aziendale - Sala A”, “Centro di Formazione Aziendale - Sala B”, “Sala Rosa”- “Sala Rosa Piccola”-“Sala Rosa Grande” contattare:

A.S.U.I.Ts – Ufficio di Segreteria della Direzione Strategica – Parco di S. Giovanni - Via Costantinides n. 2 – 34128 – Trieste

Tel. **040. 399 7101** – Fax **040. 399 7185** – e – mail dg@asuits.sanita.fvg.it

Sarà cura dell'ufficio competente contattare e confermare la disponibilità delle sale.