



## Richiesta di utilizzo spazi e servizi dipartimentali

Al Direttore del Dipartimento di Chirurgia *Pietro Valdoni*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
recapito telefonico/ e-mail \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ dell'Ente/Assc.ne/Gruppo/Dipartimento/Facoltà  
\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ P.IVA/CF \_\_\_\_\_

Chiede l'utilizzo dei seguenti spazi (includendo eventuali locali accessori tipo androni, ripostigli, corridoi ...)

con coinvolgimento di servizi e personale dipartimentale (specificare nel dettaglio i servizi richiesti)

per le seguenti attività e finalità \_\_\_\_\_

durata delle attività (indicazione esatta di giorni e orari di inizio e fine, specificando le esigenze per allestimento e smontaggio)

A tal fine dichiara

- di aver preso visione del regolamento per l'uso degli spazi dell'Università di Roma La Sapienza (scaricabile dal sito <http://www.chvaldoni.uniroma1.it/Aule>) e di accettarlo incondizionatamente;
- che il soggetto richiedente ha  non ha  scopo di lucro;
- che l'evento è  non è  organizzato con l'ausilio di soggetti esterni  
indicare eventuali sponsor \_\_\_\_\_;
- che è  non è  prevista una quota di partecipazione per i fruitori dell'evento;
- che il numero dei partecipanti (compreso eventuale personale di supporto) è di \_\_\_\_\_ persone;
- che il soggetto responsabile dell'attività e della sicurezza dell'evento è il sig/ra \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
recapito telefonico/ e-mail \_\_\_\_\_;
- di essere a conoscenza che la direzione dipartimentale potrà richiedere ulteriori informazioni e tutele a garanzia degli spazi richiesti;
- di sottoscrivere il presente documento assumendosi qualsiasi responsabilità in merito alla correttezza delle informazioni fornite.

Roma

Firma