



MODULO RICHIESTA CONCESSIONE D'USO

Alla Direzione Generale
Azienda Socio Sanitaria Territoriale
Via Santi Cosma e Damiano, 10
20871 Vimercate

Richiesta concessione d'uso aule dell'Azienda Ospedaliera

Nominativo richiedente: _____
(persona fisica)

a nome di : _____
(denominazione ente/associazione/altro)

Dati per la fatturazione: _____
(denominazione, sede, n.P.IVA/C.F.)

Richiede la concessione d'uso di

Presso P.O. Vimercate

- Auditorium
 Aule Didattiche

Presso P.O. Carate

- Aula Formazione

Presso P.O. Giussano

- Aula Magna

Apparecchiature

- Video proiettore
 Lavagna a fogli mobili

Si richiede l'assistenza di personale per n° _____ ore

Motivo della richiesta : _____

Data redazione	Revisione	Data approvazione	Pagina
20.02.2012	00	Rev. 01	1 di 2



Giorno: _____

dalle ore _____ alle ore _____

Riferimenti richiedente

Tel _____ fax _____ e-mail _____

Dichiarazione d'impegno

Il sottoscritto _____ dichiara di aver preso visione per la concessione in uso dei locali dell'Azienda Ospedaliera di quanto indicato nel Regolamento allegato al presente modulo di prenotazione e di accettarlo integralmente, senza eccezione e/o riserva alcuna.

Data _____

Firma _____

Vista la richiesta di concessione d'uso dei locali siti presso il P.O. di

Nulla osta alla concessione

Nega la concessione d'uso

Data redazione	Revisione	Data approvazione	Pagina
20.02.2012	00	Rev. 01	2 di 2