

**RICHIESTA DISPONIBILITÀ SALA CONVEGNI / SALA CONSIGLIO**

Il/la sottoscritto/a [redacted] nato/a a [redacted]

il [redacted] cod. Fisc. [redacted] cell [redacted]

e-mail [redacted] PEC [redacted]

iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pisa

ovvero

iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di

ovvero

Rappresentante o delegato per Società/Associazione/Ente:

[redacted]

Con sede in [redacted] indirizzo [redacted]

**Chiede l'uso dei seguenti locali di proprietà dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pisa:**

Sala Convegni (capienza max 50 persone)

Sala Consiglio (capienza max 20 persone)

per il giorno [redacted] dalle ore [redacted] alle ore [redacted]

Titolo dell'evento [redacted]

Sponsor (se presente) [redacted]

Numero di partecipanti previsti [redacted] Numero relatori [redacted]

**Richiede l'utilizzo della strumentazione informatica/audio/video della sala convegni**

Dichiara:

- Di aver preso visione e di accettare integralmente le condizioni previste dal regolamento per la concessione dei locali della sede dell'Ordine attualmente in vigore.
- Di assumere la responsabilità per sottrazioni, danni, furti o deterioramento dei locali e delle attrezzature concesse in uso;
- Di obbligarsi a garantire l'ordinato svolgimento delle riunioni;
- Di farsi carico della sistemazione dei locali in maniera idonea all'utilizzo;
- Di provvedere al ripristino dei locali nello stato in cui sono stati affidati;
- Di provvedere, prima di abbandonare i locali, alla verifica della corretta chiusura delle finestre, degli avvolgibili e della porta di ingresso alla sede dell'Ordine.
- Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali.

Data e Luogo

[redacted]

Firma

.....