UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI PERUGIA

**Allegato A\_INTERNI**

**RICHIESTA PER LA CONCESSIONE IN USO DI AULE E DI SPAZI PRESSO**

**IL DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA DELL’UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI PERUGIA**

Al DIRETTORE

DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA

VIA SAN COSTANZO, 4 - 06123 Perugia

|  |  |
| --- | --- |
| **RICHIEDENTE** | *PROF./ssa DOTT./ssa* |
| **ENTE/SOCIETA’** | DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA |
| **RAGIONE SOCIALE** | UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA |
| **INDIRIZZO** | VIA SAN COSTANZO N.4 - PERUGIA |
| **CODICE FISCALE** | -- |
| **PARTITA IVA** | 0044882 054 8 |

TITOLO DELLA MANIFESTAZIONE (ALLEGARE EVENTUALE LOCANDINA/PROGRAMMA MANIFESTAZIONE)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RELATORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FINI DELL’INIZIATIVA:

( ) didattici ……………………………………………………………………………………………………………………………..................

( ) scientifici ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

( ) altro …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

NOMINATIVO E QUALIFICA DEL RESPONSABILE ORGANIZZATIVO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO PARTECIPANTI PREVISTI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE ED ORARI DELLA MANIFESTAZIONE

Data ……../……../……………….. dalle ……………………alle……………………………….

Data ……../……../……………….. dalle ……………………alle……………………………….

Data ……../……../……………….. dalle ……………………alle……………………………….

Data ……../……../……………….. dalle ……………………alle……………………………….

barrare il quadratino in caso di richiesta di rilascio della dichiarazione di conformità relativa allo spazio utilizzato.

AULE E SPAZI RICHIESTI

|  |  |
| --- | --- |
| nome aula/spazi : | |
| n. ………… aule da ………. posti | |
| n. ………… aule da ………. posti | |
| n. ………… aule da ………. posti | |
| Spazi per catering |  |
| Spazi espositivi |  |
| Spazi per segreteria |  |
| Altri spazi |  |
| Necessità di rimuovere gli arredi (ove possibile) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| UBICAZIONE AULE RICHIESTE |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| SEGRETERIA ORGANIZZATIVA |  |
| Persona di riferimento |  |
| Indirizzo |  |
| Tel. |  |
| Fax. |  |
| E-mail |  |

**Il sottoscritto ………………………………………………………………………………………… in qualità di richiedente**

**Dichiara:**

**• di conoscere ed accettare tutte le norme e condizioni del “Regolamento per l’utilizzo delle Aule e degli Spazi dell’Università di Perugia”;**

**• di impegnarsi altresì a rispettare tutte le norme vigenti in materia antinfortunistica, prevenzione incendi, primo soccorso e sicurezza degli ambienti e dei lavoratori ivi compreso il rispetto della capienza massima consentita e degli orari stabiliti.**

**Per eventi con un numero partecipanti previsti pari o superiore a 100, indicare i seguenti nominativi:**

**Nominativi addetti primo soccorso: 1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nominativi addetti prevenzione incendi: 1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA leggibile e TIMBRO DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO SI AUTORIZZA:  
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_