

**Alla Direzione Sanitaria
Ospedale Nuovo "San Giovanni Battista"
Via Arcamone, 1
06034 F O L I G N O**

OGGETTO: Richiesta uso Sala "Andrea Alesini"

Il sottoscritto _____ in nome e per conto di _____

con sede in _____ P.I. C.F. _____

chiede di poter utilizzare la sala "Andrea Alesini" nei giorni:

_____/_____/_____/ dalle ore _____ alle ore _____

_____/_____/_____/ dalle ore _____ alle ore _____

Oggetto dell'iniziativa _____

Numero di partecipanti previsto _____

Utilizzo impianto di video-proiezione SI ☐ NO ☐

Si allega programma della manifestazione

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver preso visione del Regolamento per l'uso della Sala "Andrea Alesini" e di accettare tutte le condizioni ivi previste, senza eccezione alcuna.

Cordiali saluti

Data _____

Firma _____

Referente per eventuali comunicazioni

Telefono _____

Fax _____

E-mail _____

Parte riservata alla Direzione Sanitaria del P.O. di Foligno

Si invia copia a:

**Servizio Portineria
Servizio Informatico
Ufficio Tecnico
Dinamica Servizi**