

Spazi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena: richiesta di concessione temporanea

Io sottoscritto/a

(nome) _____ | (cognome) _____

nato/a il _____ | a _____ | Prov. _____

Stato di nascita _____ | codice fiscale _____

residente a _____ | Prov. _____ | CAP _____

Via _____ | n. _____

telefono (fisso o cellulare) _____

e-mail (facoltativo) _____

DICHIARO DI ESSERE

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

il legale rappresentante di (specificare)

Organizzazione di (specificare la natura dell'Associazione) _____

altro (specificare) _____

codice fiscale _____ | Partita IVA _____

con sede legale nel Comune di _____

Via _____ | n. _____

Telefono _____ | fax _____ | e-mail _____

CHIEDO

barrare le caselle di interesse e scrivere le informazioni richieste

► La concessione temporanea e gratuita dello spazio (

indicare) _____

dell'Ospedale:

Policlinico di Modena.

Civile di Baggiovara

per svolgere questa attività (descrivere brevemente l'attività per la quale si richiede la concessione)

COMUNICO CHE

scrivere le informazioni richieste

► l'attività si svolgerà dal _____

al _____

con questo orario _____

DICHIARO

► di avere preso visione del regolamento per la concessione temporanea di spazi dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena, approvato con delibera n xxxx del xxx e di rispettare quanto da esso indicato.

► che l'attività del personale è prestata in modo spontaneo e gratuito, senza fini di lucro anche indiretto.

ALLEGO

1. l'atto costitutivo, lo statuto o altra documentazione relativa alla natura giuridica del soggetto richiedente
2. il nome della Compagnia assicurativa con cui l'Associazione ha stipulato una polizza per i propri associati ed il numero della stessa
3. il progetto con indicati finalità, tempi e modalità di svolgimento e struttura presso la quale si intende realizzare l'attività stessa.

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda O-U effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data _____ | firma (*per esteso e leggibile*) _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA D.LGS. 196/2003, ART.13

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo <http://www.policlinico.mo.it/privacy>

**SPAZIO RISERVATO
ALL'AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI MODENA**

Esaminata la documentazione allegata, si esprime parere

POSITIVO

NEGATIVO

per i seguenti motivi: _____

data
(delegato)

firma e timbro (*Il Direttore Del Servizio Comunicazione o suo*