



**All'Ordine dei Medici**

**Chirurghi e degli Odontoiatri**

**della Provincia di Verona**

Tel. 045/8006112 fax 045/594904 Email PEC: segreteria@pec.omceovr.it

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Medico** iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Verona al n° \_\_\_\_\_

**Odontoiatra** iscritto All'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Verona al n. \_\_\_\_\_

**oppure**

**Medico** iscritto all'Albo di \_\_\_\_\_

**Odontoiatra** iscritto all'Albo di \_\_\_\_\_

**oppure**

**Rappresentante o Delegato** per Società/Azienda/Ente \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'uso della sala convegni dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri della Provincia di Verona per

il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Titolo dell'evento/carattere della manifestazione \_\_\_\_\_

**(allegare programma o locandina)**

**DICHIARA CHE L'EVENTO IN PROGRAMMA**

è sponsorizzato SI  NO

prevede il pagamento di una quota di partecipazione SI  NO

prevede l'attribuzione di crediti ECM SI  NO

prevede l'utilizzo di audiovisivi SI  NO

**Il sottoscritto accetta integralmente i termini del regolamento per la concessione dell'uso temporaneo della sala e si assume la responsabilità di restituire la sala nelle medesime condizioni della consegna.**

**Il sottoscritto prende atto che la capienza massima della sala convegni è di 90 posti**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**RICHIESTA**  **NON ACCOLTA**  **APPROVATA in data** \_\_\_\_\_

**A titolo**  gratuito  spese di pulizia/supporto tecnico a carico del richiedente

**Firma** \_\_\_\_\_