

Al Sig. Presidente  
dell'Ordine Provinciale dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri  
Via Bergamo, is.47/A  
98124 MESSINA

OGGETTO: Richiesta utilizzo Auditorium "Gaetano Martino"

...l... sottoscritt... Dott. .... (cognome e nome)

nat... a ..... (Prov. ....) il .....

(indicare il Codice Fiscale ..... e la Partita I.V.A. ....  
nel caso in cui la richiesta sia inoltrata per conto di Enti, Aziende od organizzazioni)

**CHIEDE**

nella qualità .....

.....

di poter usufruire dell'Auditorium "Gaetano Martino" di codesto Ordine nella giornata del

...../...../..... dalle ore ..... alle ore .....

per il seguente motivo: .....

.....

.....

***tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:***

1. di essere iscritto all'Albo de... ..... (indicare medici chirurghi od odontoiatri) di codesto Ordine al n. .... di posizione;
2. di obbligarsi a non introdurre nella sala un numero di persone superiore ad 88 (ottantotto);
3. di assumersi l'obbligo di provvedere al risarcimento nei confronti di codesto Ordine, di eventuali danni arrecati alle attrezzature, ai locali od agli arredi;
4. di assumersi la responsabilità, con conseguente effetto liberatorio per codesto Ordine, di eventuali incidenti, verificabili all'interno dell'Auditorium, che dovessero causare danni fisici a persone;

Le eventuali comunicazioni possono essere inviate al seguente indirizzo:

.....  
Tel. .... / ..... Fax .... / ..... e-mail: .....

***Precisa inoltre che:***

- la riunione **NON RICHIEDERÀ** l'assistenza di un operatore tecnico per l'utilizzo di materiali audiovisivi;
- la riunione **RICHIEDERÀ** l'assistenza di un operatore tecnico per l'utilizzo di materiali audiovisivi;

Io sottoscritto, preso atto che l'approvazione della superiore richiesta è rimessa alla decisione dell'Ordine; che le spese vive di gestione sostenute dall'Ordine per la realizzazione dell'iniziativa in parola saranno a suo carico provvedendo mediante versamento presso la Banca Nazionale del Lavoro, Filiale di Messina, Via S. Cecilia, 41, sul c/c n.26297 intestato a: "Ordine dei Medici della Provincia di Messina" - Codice A.B.I. 1005 - C.A.B. 16500 - ovvero direttamente presso gli uffici dell'Ordine; dopo avere preso conoscenza delle condizioni fissate per la concessione dell'Auditorium nel relativo regolamento ed averle integralmente accettate senza riserva alcuna; conferma, assumendosene la piena responsabilità, la veridicità di quanto sopra riportato.  
Riceverò ricevuta di pagamento da parte dell'Ordine stesso.

Data .....

.....  
(Firma)

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MESSINA**

Via Bergamo is. 47/a tel.090/6508211 - Fax 090/694555 e-mail: info@omceo.me.it

***Spazio riservato all'autorizzazione del Presidente o suo delegato***

- SI AUTORIZZA** l'utilizzo dell'Auditorium       **NON SI AUTORIZZA** l'utilizzo dell'Auditorium

***Le spese per l'assistenza tecnica sono:***

- A carico del richiedente       A carico dell'Ordine

Nome del dipendente che presenzierà alla riunione

.....

**IL PRESIDENTE**  
(Dott. Giacomo Caudo)

