



Alla
UOS AFFARI GENERALI
ASST OVEST MILANESE
Via Papa Giovanni Paolo II
20025 LEGNANO

e-mai: affarigenerali@asst-ovestmi.it

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE UTILIZZO SPAZI INTERNI COMUNI

Ente: _____

Nella persona di: _____
(specificare la qualifica/funzione)

- Dopo aver letto ed accettato le condizioni previste nel regolamento aziendale pubblicato su www.asst-ovestmi.it
- Richiede la concessione degli spazi interni individuati nel regolamento, come segue:

OSPEDALE DI _____, nei seguenti giorni _____

Consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000, dichiara quanto segue:

Descrizione dell'iniziativa: _____

(specificare la tipologia)

- o Distribuzione di materiale informativo
- o Presentazione delle attività svolte
- o Vendita di manufatti, fiori o gadget per autofinanziamento, donazioni, raccolta fondi
- o Altro tipo di attività

A tal fine precisa:

- o Che l'Ente rappresentato è una ONLUS, Associazione o Ente riconosciuto che svolge attività senza scopo di lucro ed è iscritta nel Registro (specificare tipo di registro e numero di iscrizione)

- o Che l'Ente ha sede nel Comune di _____

- o Di avere le finalità previste dal Regolamento aziendale

- o Di gestire lo spazio in autonomia, senza sponsor di alcun genere, impegnandosi a munire il personale addetto di cartellino di qualificazione.



Dichiara altresì che:

- ☐ L'Ente è assicurato contro i rischi derivanti dallo svolgimento dell'iniziativa in oggetto;
- ☐ L'Ente non è assicurato contro i rischi derivanti dallo svolgimento dell'iniziativa in oggetto, ma **con la sottoscrizione del presente atto assume ogni responsabilità civile verso terzi** causata dallo svolgimento dell'iniziativa, nonché l'assunzione di ogni responsabilità civile e per gli infortuni nei confronti dei volontari, così manlevando l'ASST Ovest Milanese da ogni responsabilità in relazione all'attività autorizzata.

L'Ente è completamente responsabile dell'arredamento, dell'allestimento e del disallestimento degli spazi concessi.

Il referente organizzativo è il/la Sig./Sig.ra

Reperibile al n. di telefono _____

Indirizzo e-mail _____

FIRMA

Si allega copia fotostatica di documento di identità valido.

A cura dell'ASST:

vista la richiesta

☐ si autorizza, presso _____

☐ non si autorizza per i seguenti motivi:

Data _____

Firma e timbro _____