**UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI PERUGIA-Dip.to di Medicina e Chirurgia**

**RICHIESTA PER LA CONCESSIONE IN USO DEL CENTRO DI SIMULAZIONE MEDICA AVANZATA (CSMA)**

**da inviare a centro.simulazionemedica@unipg.it**

Al Direttore del CSMA

|  |  |
| --- | --- |
| RICHIEDENTE (COGNOME Nome) | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| ENTE/SOCIETA’ di appartenenza | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| RAGIONE SOCIALE | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| INDIRIZZO | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| CODICE FISCALE | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| PARTITA IVA | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| DIPARTIMENTO/CENTRO/ SCUOLA | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |

TITOLO DEL CORSO/ EVENTO PER IL QUALE SI RICHIEDE L’UTILIZZO DEL CSMA

Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

RESPONSABILE ORGANIZZATIVO DEL CORSO/ EVENTO (NOMINATIVO E QUALIFICA)

Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

SPECIFICARE IL TIPO DI RICHIESTA

☐ solo spazi fisici del CSMA Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

☐ anche strumentazione del CSMA Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

FINI DELL’INIZIATIVA (specificare):

☐ didattici Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

☐ scientifici Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

☐ altro Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

NUMERO DISCENTI UNIPG PARTECIPANTI PREVISTI:Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

NUMERO DISCENTI ESTERNI PARTECIPANTI PREVISTI:Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

DATE ED ORARI DELLA MANIFESTAZIONE

Data Fare clic o toccare qui per immettere una data. dalle……… alle………

Data Fare clic o toccare qui per immettere una data. dalle……… alle………

Data Fare clic o toccare qui per immettere una data. dalle……… alle………

Data Fare clic o toccare qui per immettere una data. dalle……… alle………

|  |  |
| --- | --- |
| SEGRETERIA ORGANIZZATIVA | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| Persona di riferimento | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| Indirizzo: | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| Tel.: | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |
| E-mail/Fax: | Fare clic o toccare qui per immettere il testo. |

Data Fare clic o toccare qui per immettere una data.

FIRMA leggibile e TIMBRO DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI PERUGIA-Centro di Simulazione Medica Avanzataa

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA’

Il sottoscritto Fare clic o toccare qui per immettere il testo. in qualità di richiedente

Dichiara:

• di conoscere ed accettare tutte le norme e condizioni del “Regolamento per l’utilizzo delle Aule e degli Spazi dell’Università di Perugia”;

• di provvedere al pagamento del corrispettivo, se dovuto, entro 30 giorni dalla data di conclusione dell’evento;

di essere in possesso di idonea polizza assicurativa a copertura infortuni nonché danni a persone e cose eventualmente verificatisi durante l’utilizzo dei locali e della strumentazione del CSMA (indicare gli estremi della polizza assicurativa)

Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

ovvero

di stipulare entro il Fare clic o toccare qui per immettere una data.. idonea polizza assicurativa a copertura infortuni nonché danni a persone e cose.

Si impegna altresì a rispettare tutte le norme vigenti in materia antinfortunistica, prevenzione incendi, primo soccorso e sicurezza degli ambienti e dei lavoratori ivi compreso il rispetto della capienza massima consentita e degli orari stabiliti.

Data, Fare clic o toccare qui per immettere una data.

FIRMA leggibile e TIMBRO DEL RICHIEDENTE ...............................................................................

Non scrivere nello spazio sottostante (spazio riservato all’Amministrazione universitaria)