

**Al Presidente**

**Scuola di Medicina e Chirurgia**

e-mail: presidente.medicinachirurgia@unipd.it

Con la presente si chiede l'utilizzo dell'aula:

- |                          |                    |                 |                 |                |
|--------------------------|--------------------|-----------------|-----------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>De Giovanni</b> | il giorno _____ | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> | <b>Ramazzini</b>   | il giorno _____ | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> | <b>Vesalio</b>     | il giorno _____ | dalle ore _____ | alle ore _____ |
| <input type="checkbox"/> | <b>Morgagni</b>    | il giorno _____ | dalle ore _____ | alle ore _____ |

**Motivo**

- Lezioni Scuola Specializzazione \_\_\_\_\_
- Meeting, Seminari e/o Congressi \_\_\_\_\_
- Assemblea studenti, sindacati Università Medicina \_\_\_\_\_
- Consiglio di Dipartimento/Consiglio di Corso di Studi (CCS) \_\_\_\_\_
- Consiglio Dipartimento/CCS se superiore a 50 persone \_\_\_\_\_
- ALTRO \_\_\_\_\_

**Informazioni sommarie per il convegno/meeting/workshop o altre attività per la quale si chiede la concessione aule didattiche:**

**1. Titolo del convegno (si prega di allegare copia del programma):**

---

---

---

---

**2. A quale "audience" é rivolto il convegno:**

- Specialistica
- Specializzandi e/o studenti CdS
- Pubblico esterno

**3. Relatori:**

- Docenti dell'Ateneo
- Docenti di altri Atenei (italiani o stranieri)
- Esperti esterni

**4. Compagno, sotto qualunque forma, sponsorizzazioni ?**   Si

Quali?.....   No

**5. Numero di partecipanti previsti.....**

*L'aula può essere utilizzata solo dopo ufficiale autorizzazione da parte della Scuola di Medicina e Chirurgia e se libera da impegni didattici ufficiali.*

Cognome e Nome del Richiedente (in stampatello) \_\_\_\_\_

Istituto o Dipartimento di appartenenza \_\_\_\_\_

Telefono, \_\_\_\_\_ e-mail, \_\_\_\_\_ fax n. \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**Parte riservata alla Presidenza di Scuola per l'autorizzazione**

- SI
- NO

Il Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia

\_\_\_\_\_

## Fac-simile lettera di Conferma di Prenotazione.

**La lettera verrà trasmessa da parte del Servizio Contabile del Dipartimento di Medicina – DIMED a seguito del ricevimento del modulo precedente compilato in ogni parte.**

---

Padova,  
Prot.  
Anno      Tit.    Cl.    Fasc.

Spett.le .

.....  
.....

Oggetto: Concessione in uso temporaneo **Aula** ..... per Convegno.

In risposta alla Vs. richiesta di poter utilizzare l'Aula di cui all'oggetto il giorno ..... per un Convegno dal titolo ....., si comunica che viene concesso l'uso della stessa per la somma di euro ..... comprensiva di IVA.

Si precisa che l'assistenza tecnica in sala non è prevista, ma potrà essere concordata con il personale addetto alle aule (Sigg. Stefano Cambuli, Andrea Bertin, Alessandro Orsolon – Tel. 049/8212385-6), il quale comunque si adopererà per la predisposizione delle apparecchiature audiovisive in dotazione all'aula stessa, ed effettuerà anche l'apertura e la chiusura dell'aula.

**Il versamento dell'importo deve essere effettuato attraverso bonifico bancario, intestato a:**

Dipartimento di Medicina – DIMED  
Via Giustiniani, 2 – 35128 Padova  
IBAN: IT49H0622512186100000046594  
Padova – Cassa di Risparmio del Veneto (Tesoriere)

**Causale: Aula e data dell'evento.**

**La concessione è condizionata all'invio, entro i 2 gg precedenti la data dell'evento, al numero di fax 049 8218680, di copia del bonifico bancario dell'avvenuto pagamento,** con la corretta ragione sociale ed i dati fiscali di chi versa la somma, per poter emettere fattura e/o ricevuta.

Si ricorda che non è concesso l'uso del parcheggio antistante le aule, riservato al personale universitario, se non per brevi soste per carico/scarico comunque da effettuare senza arrecare ingombro al transito nell'area.

Ai sensi del **"Regolamento per la concessione in uso temporaneo di spazi e locali dell'Ateneo"**, si fa presente che la concessione in uso comporta il rispetto e il corretto uso di spazi e locali, ivi compresi gli arredi e le attrezzature in dotazione, nonché l'assunzione della responsabilità della gestione degli stessi sotto ogni profilo.

L'aula e gli spazi usufruiti antistanti l'aula stessa vanno lasciati liberi da qualunque materiale e puliti, entro le ore 19.00 del giorno in cui finisce l'uso, salvo diversa richiesta del concedente.

Si ricorda infine l'obbligo di rispettare le norme di sicurezza. In modo particolare non è consentito superare la capienza delle aule e ingombrare le vie di fuga.

In caso di dubbio si consiglia di consultare il sopraccitato Regolamento (<http://www.unipd.it/universita/statuto-e-regolamenti/regolamenti/regolamenti-di-interesse-generale>) o di contattare l'Ufficio Tecnico (Geom. Fabio Pasinato, tel. 049/8273262).

Cordiali saluti.

Il Direttore  
del Dipartimento di Medicina – DIMED  
Prof. Fabrizio Fabris

Il Presidente  
della Scuola di Medicina e Chirurgia  
Prof. Mario Plebani

**TARIFE PER L'OCCUPAZIONE DELLE AULE DEL POLICLINICO UNIVERSITARIO**

AULA	POSTI	Costo giorno feriale - Euro	Costo giorno festivo e prefestivo Euro
Aula G.B. Morgagni	366	840	1440
Aula B. Ramazzini	300	480	960
Aula A. Vesalio	200	480	960
Aula A. De Giovanni	112	200	400

N.B.: tutte le aule sono dotate di sistema audio - video.

**PER IL PAGAMENTO**

**Il versamento dell'importo deve essere effettuato attraverso bonifico bancario, intestato a:**

Dipartimento di Medicina – DIMED

Via Giustiniani, 2 – 35128 Padova

IBAN: IT49H0622512186100000046594

Padova – Cassa di Risparmio del Veneto (Tesoriere)

**Causale: Aula e data dell'evento.**

**La concessione è condizionata all'invio, entro i 2 gg precedenti la data dell'evento, al numero di fax 049 8218680, di copia del bonifico bancario dell'avvenuto pagamento, con la corretta ragione sociale ed i dati fiscali di chi versa la somma, per poter emettere fattura e/o ricevuta.**