

**Al Presidente
Scuola di Medicina e Chirurgia**

e-mail: presidente.medicinachirurgia@unipd.it

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

- De Giovanni** il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
- Ramazzini** il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
- Vesalio** il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
- Morgagni** 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) _____
- 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" è 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** **No** Se SI, quali? _____

5. Numero di partecipanti previsti _____

6. Capienza richiesta _____

7. Necessità spazio catering/punto ristoro _____

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 afferenza _____

Telefono, _____ e-mail, _____ fax n. _____

Firma del richiedente _____

PER DITTE O SOGGETTI ESTERNI:

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

Dipartimento di Medicina – DIMED

Via Giustiniani, 2 – 35128 Padova

IBAN: IT43C0306912117100000046142

Padova – Intesa San Paolo (Tesoriere)

Causale: Aula e data dell'evento.

ESTREMI PER LA FATTURAZIONE:

Ragione Sociale: _____

Codice fiscale e Partita IVA: _____

PER LE STRUTTURE DELL'ATENEO/DOCENTI DI ALTRI DIPARTIMENTI: Il pagamento verrà effettuato attraverso trasferimento interno dopo l'emissione della nota di addebito.

PER I DOCENTI DEL DIMED: Si prega di comunicare con sollecitudine all'indirizzo email amministrazione.dimed@unipd.it i fondi su cui far gravare la spesa.

La concessione è condizionata all'invio, entro i 2 gg precedenti la data dell'evento, all'indirizzo mail amministrazione.dimed@unipd.it, 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.

.....

Parte riservata alla Presidenza di Scuola per l'autorizzazione

SI NO

Data presa visione _____

Il Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia _____

TARIFE PER L'OCCUPAZIONE DELLE AULE DEL POLICLINICO UNIVERSITARIO
(a decorrere dall'1 giugno 2018)

AULA	POSTI	Costo giorno feriale – Euro	Costo giorno festivo e prefestivo - Euro
Aula G.B. Morgagni	366	840,00	990,00
Aula B. Ramazzini	300	580,00	790,00
Aula A. Vesalio	200	480,00	690,00
Aula A. De Giovanni	112	200,00	400,00