

**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 appartenenza \_\_\_\_\_

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](mailto: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](mailto: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