



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE N.1**
Sede Legale Viale della Vittoria n.321- Agrigento
P.Iva e C.F. 02570930848
Direzione Generale
U.O.S. Formazione del Personale

e mail: formazione@aspag.it
tel. 0922/407189- 523

Al Responsabile U.O.S. Formazione del personale

Oggetto: Modulo richiesta utilizzo aula di formazione aziendale

Il sottoscritto, _____

Indirizzo _____ Telefono: _____

E-Mail _____

chiede la concessione dell'utilizzo dell'aula di formazione aziendale

In data _____ dalle ore _____ alle ore _____

per lo svolgimento di _____

nonché, includendo o non includendo il videoproiettore

Si

NO

Dichiara inoltre:

- a) di assumere personalmente la responsabilità, in ordine a danni materiali che dovessero essere arrecati e/o riportati alla struttura e alle apparecchiature durante lo svolgimento dell'evento.
- b) di provvedere a riordinare e restituire le apparecchiature e le chiavi dell'aula di formazione.

Firma Richiedente _____