



**Azienda Ospedaliero Universitaria
Policlinico "G. Rodolico – San Marco"
Catania**

Modulo

**RICHIESTA UTILIZZO
AULE
DIDATTICHE E
VIDEOCONFERENZE
ATTIVITÀ FORMATIVA
ESTERNA**

**U.O. Formazione e Aggiornamento
Staff Direzione Generale
Resp. Dott. Angelo Gambera**

Tel. 095 4794456 – 4459 - 4458
e-mail: formazionep@policlinico.unict.it

Al Responsabile
dell'U.O. Formazione e Aggiornamento

Il sottoscritto _____ in qualità di Responsabile dell'evento formativo residenziale dal titolo: _____

(di cui si allega programma scientifico culturale con i dettagli delle modalità organizzative e di espletamento)

che si terrà dal _____ al _____ dalle ore _____ alle ore _____

CHIEDE

in ottemperanza alla Deliberazione n. 898 del 4 Maggio 2018 per la concessione in uso Aule didattiche, di poter utilizzare:

- Aula Verde - Ed. C – piano 1 – P.O. San Marco con utilizzo del sistema audiovisivo (posti n° 40)
- Aula Bianca - Ed. C – piano 1 – P.O. San Marco con utilizzo del sistema audiovisivo (posti n° 35)
- Laboratorio Multimediale - Ed. C – piano 1 – P.O. San Marco con utilizzo del sistema audiovisivo (posti n° 18)
- Aula A - Ed. C – piano 0 – P.O. San Marco con utilizzo del sistema audiovisivo (posti n° 50)
- Aula Cast – Ed. 8 – P.O. G. Rodolico con utilizzo del sistema audiovisivo (posti n° 80)

Si specifica, inoltre, che l'Evento è rivolto alle seguenti figure professionali: _____

_____ per il seguente numero di partecipanti _____

E' presente attività di Catering? SI NO

Se si, indicare la ditta incaricata: _____ Tel. _____

Tempi e modalità di fruizione dei locali dovranno essere concordati con il personale dell'U.O. Formazione e Aggiornamento

Per eventuali comunicazioni contattare il Sig. _____

Tel. _____ e-mail _____

Data richiesta: _____

Il Richiedente

Riservato al Responsabile dell'Unità Operativa	Riservato al Direttore Generale
Visto in data _____	Si autorizza in data _____
Firma _____	Firma _____