

**ALL. A**

**Al Direttore del Presidio Ospedaliero Zona**

---

**Al Responsabile Zona Distretto**

---

**Oggetto: Richiesta autorizzazione utilizzo spazi aziendali**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di  
RAPPRESENTANTE LEGALE dell'Associazione (da specificare)

\_\_\_\_\_

iscritta nel registro regionale delle associazioni di volontariato di cui alla Legge Regionale  
Toscana 26 aprile 1993 n. 28 dal \_\_\_\_\_, con sede in

Oppure

ONLUS operante a livello nazionale e internazionale. Si allega copia dell'Atto costitutivo,  
dello Statuto e del documento di riconoscimento della ONLUS rilasciato dal Ministero  
dell'Interno e che autorizza ad operare a livello nazionale e internazionale.

**CHIEDE**

l'autorizzazione all'utilizzo di spazi dell'Azienda USL Toscana Sud est siti presso (da specificare)

\_\_\_\_\_

per lo svolgimento della seguente iniziativa

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

prevista nei giorni \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ .

A tal uopo si precisa che il personale di volontariato operante durante l'iniziativa sarà munito di

apposito cartellino di qualificazione.

Come previsto dal Regolamento Aziendale per l'utilizzo di spazi aziendali si comunica che:

- l'Associazione è assicurata contro i rischi derivanti dallo svolgimento dell'iniziativa in oggetto
- l'Associazione non è assicurata contro i rischi derivanti dallo svolgimento dell'iniziativa in oggetto, ma **con la sottoscrizione del presente atto assume ogni responsabilità civile verso terzi** causata dallo svolgimento dell'iniziativa, nonché l'assunzione di ogni responsabilità civile e per gli infortuni nei confronti dei volontari, così manlevando l'Azienda USL Toscana Sud est da ogni responsabilità in relazione all'attività autorizzata.

L'Associazione è completamente responsabile dell'arredamento, dell'allestimento e del disallestimento degli spazi concessi, in linea con quanto preventivamente autorizzato dal Direttore del Presidio interessato.

Il referente organizzativo è il/la sig./ra

\_\_\_\_\_

reperibile al n. di telefono \_\_\_\_\_

indirizzo e.mail \_\_\_\_\_.

Firma

\_\_\_\_\_

Si allega copia fotostatica di documento di identità valido.

A Cura dell'ASL

Vista la richiesta la richiesta	
<input type="checkbox"/>	si autorizza
<input type="checkbox"/>	non si autorizza per i seguenti motivi:
_____	
Data	Firma e Timbro