



## MODULO RICHIESTA UTILIZZO SALE LABEL

IO SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ RESIDENTE IN VIA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ COMUNE DI \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

TEL./CELL \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

PRESIDENTE DELL'ASSOCIAZIONE  RAPPRESENTANTE DEL GRUPPO INFORMALE \_\_\_\_\_

### DATI ASSOCIAZIONE

SEDE: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE / P. IVA: \_\_\_\_\_

NOMINO COME REFERENTE (indicare i dati del delegato) \_\_\_\_\_

### CHIEDO

di utilizzare la sala \_\_\_\_\_ dello Spazio Label, nei seguenti giorni \_\_\_\_\_

con i seguenti orari \_\_\_\_\_ dal mese \_\_\_\_\_ al mese \_\_\_\_\_

con la seguente tariffa:

costo orario  mezza giornata (5 ore)  giornata intera

Abbonamento mensile per:

½ giornata sett.le  2 ½ giornate sett.li  giornata intera sett.le  2 giornate intere sett.li

fino a 8 ore sett.li  fino a 12 ore sett.li

Dichiaro di aver letto il Regolamento dello Spazio Label, di applicarlo in tutte le sue parti e di assumermi le responsabilità civili e penali derivanti dall'inosservanza delle stesse. Alla presente si allega:

copia del documento d'identità del responsabile della richiesta  copia del documento d'identità del referente.

Inoltre, acconsento al trattamento dei dati personali i quali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, ai sensi dell'art.7 e dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003.

---

### **Preso visione della richiesta e valutata la disponibilità delle sale,**

lo Spazio Label:

acconsente alla prenotazione dei locali della struttura

acconsente alla consegna delle chiavi dello spazio, da utilizzare ESCLUSIVAMENTE NEGLI ORARI PREFISSATI CON GLI OPERATORI

Firma Operatore \_\_\_\_\_

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma del Responsabile  
\_\_\_\_\_