



*Istituto per Ciechi "Ardizzone Gioeni,"*

Al Legale Rappresentante IPAB Ardizzone Gioeni  
Via Etna 595 – 95125 CATANIA

OGGETTO: Richiesta concessione spazi interni dell'Ente.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ dell'Associazione/società/ente/altro  
(specificare) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale/Partita Iva \_\_\_\_\_

con sede in Via/Piazza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'utilizzo dei seguenti spazi interni ( **barrare la voce che interessa** ) :

- |                                       |                               |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| _____ Chiostro                        | (costo giornaliero € 650,00)  |
| _____ Aula Conferenze Cutore Recupero | ( costo giornaliero € 300,00) |
| _____ Aula studio Regina Elena)       | ( costo giornaliero € 200,00) |
| _____ Sala mensa                      | ( costo giornaliero € 150,00) |
| _____ Sala Teatro                     | ( costo giornaliero € 200,00) |

\_\_\_\_\_ Salette convitto ( costo giornaliero singolo € 150,00)

\_\_\_\_\_ Giardino ( costo giornaliero € 650,00)

\_\_\_\_\_ Cappella (costo giornaliero € 400,00)

Il giorno \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**oppure**

dal giorno \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

per lo svolgimento della seguente iniziativa:

---

---

---

#### **DICHIARA**

- di aver preso visione dello spazio richiesto e di ritenerlo idoneo all'uso per il quale è destinato;
- di attenersi a quanto disposto dall'allegato "Regolamento interno di disciplina concessione spazi interni" adottato con Deliberazione n. 14 del 12/02/2018;
- di essere a conoscenza che l'autorizzazione è sottoposta al versamento preventivo dell'importo previsto per la richiesta concessione.

#### **CHIEDE ALTRESÌ**

Utilizzo impianto audio: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Accensione impianto di areazione: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Catania, li

IN FEDE

---

RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE DELL'ENTE.

Il Legale Rappresentante, vista la superiore istanza, autorizza, previa acquisizione di tutte le autorizzazioni di legge nonchè versamento dell'importo pari ad € \_\_\_\_\_ sul conto corrente di Tesoreria.

IBAN: IT07S0617516902000000291390

Catania , li

VISTO

---