



MODULO RICHIESTA AFFITTO 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 _____ nei seguenti giorni _____

con i seguenti orari _____ dal mese _____ al mese _____

al costo di Euro _____.

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 e sensibili i quali saranno trattati secondo quanto previsto dagli artt. 13 e 14 del REG. UE 2016/679 e tutte le informazioni verranno utilizzate esclusivamente per la gestione del servizio da parte degli operatori coinvolti.

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**

Data e luogo _____

Firma del Responsabile della richiesta _____

Firma Operatore LaBel _____