

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 _____.

Il **costo** dovrà essere versato con POS alla segreteria o tramite bonifico bancario a:IBAN: IT57Y 08749 36190 000000002576 DESTINATARIO: Cooperativa C.S.S.A. CAUSALE: affitto sale LaBel

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.

Presa 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 _____

Firma Operatore LaBel _____

COOPERATIVA
SOCIALE
SERVIZI
ASSOCIATI

C.S.S.A. SOC. COOP. A R.L. –
Impresa Sociale
Via del Commercio 4
30038 Spinea – VE
RUNTS Imprese Sociali: 8525
Albo Società Cooperative: A137412

Tel 041 508 9911
Fax 041 508 9912
E-mail info@cssa.it
Pec cssa@tecnoprec.it
CF/PI 01898930274
Sito www.cssa.veneto.it