

RICHIESTA CONCESSIONE DI UTILIZZO LOCALI

Allo Sportello Polivalente
Città di Piossasco

La/Il sottoscritta/o

COGNOME		NOME
RESIDENTE A	VIA E N. CIVICO	N. TEL./CELL.
INDIRIZZO E-MAIL		

OVVERO

COGNOME		NOME
In qualità di <input type="checkbox"/> Privato o Legale Rappresentante della <input type="checkbox"/> Impresa <input type="checkbox"/> Partito Politico <input type="checkbox"/> Associazione <input type="checkbox"/> Iscritta all'Albo Associazioni <input type="checkbox"/> Non iscritta all'Albo Associazioni		
CON SEDE A	VIA E N. CIVICO	N. TEL./CELL.
INDIRIZZO E-MAIL		

CHIEDE L'UTILIZZO DEL SEGUENTE LOCALE

LOCALE	COSTO UNITARIO	COSTO TOTALE
<input type="checkbox"/> SALA CERIMONIE - MULINO		
<input type="checkbox"/> SALA COLONNA - MULINO		
<input type="checkbox"/> SALA SOPPALCO - MULINO		
<input type="checkbox"/> SALA CHIESA MADONNA DEL CARMINE		
<input type="checkbox"/> CASA DAVID BERTRAND		
TOTALE TARIFFE UTILIZZO LOCALI		
<input type="checkbox"/> Cauzione € 30,00		

per il giorno/...../..... dalle ore alle ore per svolgere la seguente attività:

per uso ricorsivo dal al

- Incontro Lezione Festa bambini Mostra Conferenza
 Dibattito Manifestazione altra attività (specificare)

DICHIARA

- di avere preso atto di quanto stabilito nel "Regolamento di utilizzo locali di proprietà comunale"
- di provvedere al pagamento di quanto dovuto;
- di provvedere alla riconsegna delle chiavi nella giornata successiva all'utilizzo;
- di essere informata/o, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Piossasco,

Firma del Legale Rappresentante

.....

MODALITÀ DI PAGAMENTO TARIFFE:

- BANCOMAT (presso lo Sportello Polivalente)
- C/C POSTALE
- CONTANTI presso la TESORERIA: UNICREDIT – P.zza XX Settembre

SPAZIO DA COMPILARE PER LA RESTITUZIONE CAUZIONE

COGNOME		NOME	
RESIDENTE A	VIA E N. CIVICO	N. TEL./CELL.	
INDIRIZZO E-MAIL			
Modalità scelta per la restituzione			
<input type="checkbox"/> CONTANTI presso la Tesoreria (entro 10 giorni dalla richiesta)			
<input type="checkbox"/> ACCREDITO IN C/C IBAN: _____			
(Costo a carico del concessionario in base agli accordi con il proprio istituto di credito)			