



Allegato n. 4
Richiesta autorizzazione manifestazione/evento nel Presidio

Al Direttore Medico Presidio
A.O.R.N. Santobono - Pausilipon

La/Il Sottoscritta/o (*Cognome e Nome*)

In qualità di legale rappresentante di: _____
(*indicare denominazione, domicilio o sede legale se si tratta di una persona giuridica e relativi recapiti*)

Nato/a a _____ Provincia _____ il _____

Residente a: _____ Provincia _____ Cap _____

Via _____

Telefono _____

Cellulare _____

Sito Web _____

Posta Certificata PEC: _____

ovvero in qualità di _____

Telefono _____

Cellulare: _____

Email : _____

Chiede
di svolgere la seguente manifestazione/evento

(titolo dell'evento)

che si terrà a _____

(luogo dell'evento)

il _____

(data/e)

Contenuti Evento

Finalità dell'Evento

Al tal fine

dichiara

- che l'iniziativa ha carattere, rilevanza e/o ricaduta

_____ *(indicare se locale regionale nazionale o internazionale)*

- che l'iniziativa non persegue, anche se solo indirettamente, scopi o finalità di carattere lucrativo, commerciale o promozionale;

- **di non avere pendenze penali/fiscali connesse all'esercizio della propria attività;**

- che l'Ente/Associazione/privato cittadino ha già ottenuto in passato l'autorizzazione allo svolgimento di manifestazioni all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Santobono-Pausilipon"

(indicare se si oppure no)

dichiara inoltre

di impegnarsi sin da ora a seguire le procedure previste dalla disposizione aziendale succitata, in particolare di essere a conoscenza che:

- Gli eventi possono essere organizzati esclusivamente nella fascia oraria pomeridiana a partire dalle ore 15:00 per non intralciare le attività di reparto. Solo in via eccezionale l'autorizzazione debitamente motivata potrà essere concessa in orari diversi.
- Le persone autorizzate all'ingresso dovranno essere dotate di un cartellino di riconoscimento, rilasciato dall'Associazione accreditata proponente
- Tutti coloro che partecipano sono tenuti al rispetto delle normative in tema di privacy;
- L'eventuale comunicato stampa va concordato con la Direzione Strategica e la Direzione Medica di Presidio;
- Gli eventuali rapporti con la stampa, reti televisive e pubblicazioni sui social network (commenti, interviste, riprese televisive ecc) dovranno essere preventivamente autorizzati dalla Direzione Aziendale e concordati con la stessa;
- E' fatto divieto di introdurre alimenti a meno che non abbiano significato simbolico (uova di pasqua, panettone ecc.) e comunque esclusivamente prodotti confezionati muniti di etichetta a norma.

La/il **sottoscritt/a dichiara di avere preso atto di quanto sopra esplicitato e d'impegnarsi ad osservare** Il Piano Triennale Aziendale sulla Prevenzione della Corruzione.

Si segnalano le seguenti eventuali necessità collegate all'evento

Tutte le dichiarazioni sono rese sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000.

Data

Firma

Il/La sottoscritt_ dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy ex art 13 del regolamento UE n. 679/2016 – GDPR pubblicato sul sito web aziendale, sezione Privacy e di dare il consenso al trattamento dei dati.

Data _____

Firma _____

Si allega:

- 1) programma dettagliato dell'iniziativa;
- 2) Elenco nominativo dei partecipanti all'evento,
- 3) Atto costitutivo e statuto dell'Ente/Associazione,
- 4) copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente

Approvazione dell'evento (*Spazio riservato all'Azienda*)

Direttore Dipartimento/UOC_

Direttore Medico di Presidio _____

Data _____

Firma _____