



LIBERATORIA PER UTILIZZO SALA RIUNIONE E ATTREZZATURE ELETTRONICO-INFORMATICHE
ORDINE MEDICI PU

Il sottoscritto
C.F.....
in qualità di.....
in occasione dell'evento.....
.....
che si svolgerà in data/nelle date
.....
dalle ore.....alle ore.....

CHIEDE

l'utilizzo della sala riunioni e rispettive attrezzature tecnico – informatiche dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Pesaro e Urbino, sito in Galleria Roma scala D, 61121 Pesaro (PU) accettando e sottoscrivendo le condizioni di seguito riportate:

- 1) Assume ogni responsabilità civile e patrimoniale per gli eventuali danni prodotti in occasione e/o a motivo dell'evento ai locali, anche accessori (ingresso, bagno, scale e ingresso condominiale), alle attrezzature e agli arredi e si fa carico del relativo risarcimento in favore dell'Ordine dei Medici di Pesaro e Urbino e/o dei terzi danneggiati, con esclusione di qualsiasi responsabilità in capo all'OMCeO PU;
- 2) Si impegna a non avanzare alcuna richiesta di risarcimento per eventuali danni e infortuni a cose e persone connessi con l'attività praticata nei locali e dalla stessa derivanti;
- 3) Si impegna a non utilizzare (anche parzialmente e temporaneamente) i locali concessi per finalità che non siano quelle per le quali è stata richiesta e accordata l'autorizzazione;
- 4) Si impegna a lasciare i locali, tutte le attrezzature e tutti gli arredi nelle condizioni in cui sono stati consegnati;
- 5) Dichiaro di aver effettuato un sopralluogo per verificare le condizioni dei locali, delle attrezzature e degli arredi oggetto dell'autorizzazione e di aver verificato che risultano idonei per le attività da effettuare;



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Pesaro e Urbino

- 6) Si impegna a vigilare sull'uso dei locali, di tutte le attrezzature e di tutti gli arredi, e sul rispetto dei limiti dell'autorizzazione;
- 7) Dichiara di aver preso visione e sottoscritto il “Regolamento per la concessione in uso temporaneo delle sale e degli spazi presso la sede dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Pesaro e Urbino” approvato dal Consiglio Direttivo dell’Ordine con Delibera n. 20 del 26/06/2024 e si impegna a rispettarne le condizioni;
- 8) Dichiara di aver versato eventuale titolo oneroso in data.....(allegare ricevuta).

Pesaro, _____

FIRMA PER ACCETTAZIONE E PER PRESA VISIONE DEI LOCALI
