**Al Consiglio Direttivo**

OPI di Torino

Via Stellone n. 5

10126 TORINO

**Richiesta utilizzo aula formazione**

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in nome e per conto di (indicare il gruppo/associazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

richiede di poter usufruire dell’aula di formazione:

□ AULA 1° PIANO (Capienza max. 40 persone)

□ AULA 2° PIANO (Capienza max. 25 persone)

Nelle seguenti date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per la seguente finalità:

□ Incontro gruppo di lavoro/studio

□ Corso di formazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (allegare locandina con dettaglio del numero di partecipanti previsto e dei costi di iscrizione se previsti)

In caso di corso con frequenza a pagamento: N° partecipanti OPI a titolo gratuito: \_\_\_\_\_\_

oppure Sconto \_\_\_\_% a n° \_\_\_\_\_ iscritti OPI

In qualità di referente responsabile dichiara:

1. Di aver letto e accettato le condizioni di cui al Regolamento approvato con Del. 408/18 del 04.10.2018
2. Di aver corrisposto l’importo di €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a mezzo bonifico bancario a favore del conto intestato a: Ordine delle Professioni Infermieristiche di Torino, presso CREDIT AGRICOLE CARIPARMA - Via Giolitti n. 1 - 10121 Torino –

IBAN IT63Y0623001001000041422776

In fede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Torino, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_