

_____ lì, _____

**Alla Casa di Riposo
“n.d. M.Tomitano e N.Boccassin”
Via G. Cigana, 6
31045 MOTTA DI LIVENZA (TV)**

Oggetto : Richiesta utilizzo Sala Polivalente

Il sottoscritto _____ residente a
_____ in Via _____ N. _____
(Tel. _____) in qualità di _____
del _____

(Ente – Associazione- Istituzione – ecc.)

CHIEDE

di poter utilizzare la Sala Polivalente della Casa di Riposo di Motta di Livenza

- il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
- per la seguente attività _____

gratuito senza opzione riconsegna

gratuito con opzione riconsegna a ns. carico

a pagamento

- Dichiaro di aver preso visione del vigente regolamento per la concessione in uso della Sala Polivalente pubblicato sul sito internet www.cdrrmotta.it, di accettarne tutte le norme e prescrizioni e di assumere tutti gli obblighi e responsabilità nello stesso contenuti.

IL RICHIEDENTE

Visto: Si autorizza

Motta di Livenza, lì _____