

# Modulo candidatura ospitalità clinic dirigente di società

## DATI SOCIETARI

Società ospitante \_\_\_\_\_

Codice Affiliazione 

0	2	0	0				
---	---	---	---	--	--	--	--

Referente Formazione \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

### Referenti logistici

NOMINATIVO	CELLULARE	MAIL

## CENTRO SPORTIVO/ORATORIO

Denominazione \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_

## AULA

Capienza aula \_\_\_\_\_ Possiamo garantire 13 iscritti SI NO

N° iscritti ipotetico 

--

Videoproiettore SI NO Telo di proiezione o parete bianca SI NO

Impianto audio/casse SI NO Ciabatte e/o prolunghe SI NO

Sedie SI NO Tavoli SI NO Sedie con tavolino ribaltabile SI NO

Disponibilità spazi lunedì sera giovedì sera

martedì sera venerdì sera

mercoledì sera sabato mattina

Note \_\_\_\_\_