

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 _____