



# COMUNE DI SAN VINCENZO

Provincia di Livorno

Settore Servizi Finanziari e Affari Generali - Ufficio Relazioni con il Pubblico

Tel. 0565 707206 - 243 - e-mail: [urp@comune.sanvincenzo.li.it](mailto:urp@comune.sanvincenzo.li.it)

## Oggetto: RICHIESTA UTILIZZO SALA

SALA RICHIESTA:  SALA EX FUCINI  SALA CONSIGLIO DI FRAZIONE

IMPORTO:  10 € Associazione iscritta Albo Comunale o no profit

IMPORTO:  15 € Mezza giornata (Soggetto Privato)

IMPORTO:  25 € Intera giornata (Soggetto Privato)

SALA RICHIESTA:  SALA CONSILIARE\*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

chiede l'utilizzo della suddetta sala per \_\_\_\_\_

\*Materiali richiesti \_\_\_\_\_

Il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

### Nota bene:

**Per ogni giorno di ritardo nella riconsegna della chiave, verrà applicata una penale di € 25 pari al costo giornaliero della sala, da pagare in contanti presso l'Ufficio URP.**

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Consegnato chiavi il \_\_\_\_\_ Firma

Restituite chiavi il \_\_\_\_\_ Firma

**Al modulo va allegata la Ricevuta di pagamento, da eseguire presso la tesoreria comunale della Banca di Credito Cooperativo di Castagneto C.c IBAN: IT 25 E 03599 01800 000000139193**

con la causale:

Utilizzo Sala (specificare il nome della sala richiesta e la data di utilizzo)