



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

—
Facoltà di Medicina
e Chirurgia

Al Magnifico Rettore
Al Preside
Loro Sedi

Oggetto: Richiesta utilizzo aule, spazi adiacenti, attrezzature.

Il sottoscritto Prof./Dott. _____ in qualità di

Direttore di Dipartimento o Istituto/Direttore Scientifico/Organizzatore afferente al

richiede: _____

Per lo svolgimento del (specificare iniziativa): _____



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

Allega bozza del programma della manifestazione.

Resta in attesa della comunicazione della disponibilità degli spazi e servizi richiesti, nonché della prevista autorizzazione.

Ancona, lì

FIRMA

Riservato alla Presidenza:
