

**Istanza per l'uso dello Skill Lab – Laboratorio di Simulazione**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di  
\_\_\_\_\_ del Dipartimento – Facoltà – Area  
\_\_\_\_\_

Chiede

ai sensi del Regolamento (approvato con Delibera di Giunta della Facoltà di Medicina e Odontoiatria del 06/02/2019 e della Facoltà di Farmacia e Medicina del 15/11/2019) l'uso dei seguenti spazi dello Skill Lab –

Laboratorio di Simulazione:

- Sala di Simulazione (n.1)
- Sala controllo e regia (n.3)
- Aula debriefing (n.4)
- Aula per corsi di simulazione (n.5): 35 mq
- Aula per corsi di simulazione (n.7): 35 mq
- Sala Skills (n.8):15 mq

per la seguente attività (*specificare il tipo di attività e le finalità che si intendono raggiungere in 4 righe*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

che avrà inizio il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e terminerà il giorno  
\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

A TITOLO:

- Istituzionale gratuito
- Istituzionale con rimborso spese
- Istituzionale con pagamento di un corrispettivo pari alla tariffa ridotta al 50%
- Oneroso con pagamento di un corrispettivo da tariffario

E dichiara

- che all'attività partecipano n. \_\_\_\_\_ persone;
- che il soggetto referente dell'attività è il Sig. \_\_\_\_\_
- Rec. Tel. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_
- Che  è prevista/  **non** è prevista la presenza di Autorità;
- Attrezzature richieste \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Dichiarazione di assunzione di responsabilità ai fini della concessione dell'autorizzazione

- Di aver preso visione del Regolamento per l'uso degli spazi e/o locali dello *Skill Lab* della Sapienza Università di Roma e di accettare incondizionatamente le relative prescrizioni;
- di provvedere direttamente agli adempimenti ai sensi del D.lgs. n. 81/2008, con particolare riferimento alla presenza di figure attive per la gestione delle emergenze;
- che l'evento non è organizzato con l'ausilio di soggetti esterni (associazioni, società, ecc.);
- che non è prevista la partecipazione di sponsor;
- che non è prevista una quota di partecipazione per i fruitori dell'evento;
- di risarcire i danni che eventualmente fossero arrecati alle strutture mobili o immobili del locale predetto durante lo svolgimento dell'evento;
- di garantire il corretto svolgimento dell'evento, in particolare su quanto stabilito dagli artt. 10 e 16 del Regolamento per l'uso degli spazi e/o locali dello *Skill Lab* in merito all'obbligo per il richiedente di vigilare affinché i fruitori degli spazi e locali adottino comportamenti consoni al luogo che li ospita con particolare riferimento al divieto di introdurre cibi e bevande.

Data

\_\_\_\_\_

Il richiedente

\_\_\_\_\_

Visto si autorizza

Il Preside della Facoltà di Medicina e Odontoiatria

\_\_\_\_\_

Il Preside della Facoltà di Farmacia e Medicina

\_\_\_\_\_

*Si prega di compilare e sottoscrivere il modulo in ogni sua parte ed inviare al seguente indirizzo e-mail:  
aule.medeodonto@uniroma1.it – Presidenza Facoltà di Medicina e Odontoiatria.*