

## DICHIARAZIONE

Il sottoscritto in qualità di \_\_\_\_\_ del con sede a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ dichiara di accettare integralmente  
quanto previsto nell'apposito regolamento per l'uso dell'aula conferenze di proprietà dell'Ordine  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Nuoro e si impegna a risarcire ogni  
eventuale danno, anche involontario, che possa essere arrecato agli arredi, alle strutture, agli  
impianti ed alle attrezzature di proprietà di codesto Ordine o condominiali, in occasione della  
manifestazione che si terrà il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_.  
Dichiara inoltre di esonerare codesto Ordine da qualsiasi responsabilità civile e penale per danni a  
persone o cose che abbiano a verificarsi durante lo svolgimento della sopraindicata manifestazione  
o per la sospensione o annullamento della medesima per cause di forza maggiore.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_

N.B.

La presente dichiarazione deve essere sottoscritta e riconsegnata all'Ordine con allegata la  
ricevuta comprovante l'avvenuto versamento sul CCP dell'importo richiesto a titolo di rimborso  
spese e un assegno di Euro \_\_\_\_\_ quale deposito cauzionale per eventuali danni.