RICHIESTA REALIZZAZIONE DI EVENTO AZIENDALE

CA Area Comunicazione
uffcom@aslvc.piemonte.it

REFERENTE DELL'INIZIATIVA (Cognome e nome)	Struttura	Recapito telefonico

Altre strutture eventualmente coinvolte
Struttura 1
Struttura 2
Struttura 3

DATA DELL'EVENTO	ORA INIZIO ORA FINE	*NOTA: E' opportuno che tra gli elementi da tenere in considerazione per la scelta si evitino date in prossimità di festività o in pieno periodo di ferie nonché orari in prima mattinata o tarda serata (salvo casi particolari). La data viene comunque decisa d'accordo con la Direzione Generale in caso di diretta partecipazione.*

SEDE:
NOTA: La sede deve essere consona al tipo di evento, facilmente raggiungibile e deve possedere i requisiti adatti per il tipo di evento. Nel caso in cui si preveda una conferenza stampa è necessario che la struttura sia dotata di un tavolo per i relatori fornito di microfoni, "cavalieri" per il nome del relatore ed eventualmente di videoproiettore e pc. La sala deve contenere posti sufficienti per il numero di persone che si presume possano partecipare all'evento in modo da evitare spazi vuoti che creano un effetto poco gradevole. In caso in cui sia previsto un rinfresco o un coffee break si dovrà provvedere all'individuazione, eventualmente tramite bando di sponsorizzazione, della ditta che si occuperà di questa parte.

TIPOLOGIA DI EVENTO PROPOSTA:

☐ conferenza ☐ convegno ☐ conferenza stampa ☐ open day ☐ inaugurazione
☐ altro – specificare:

SOGGETTI TERZI CHE SI PROPONE DI FAR PARTECIPARE ALL'EVENTO

☐ autorità (precisare): ☐ altro (precisare):
☐ organi di stampa (precisare):

TITOLO DELL'EVENTO:

DESTINATARI:

☐ utenti ☐ cittadini ☐ organi di stampa ☐ operatori sanitari ☐ altro – specificare:

È PREVISTA LA PARTECIPAZIONE DI SPONSOR:

☐ no
☐ si, *specificare:* ❍ contributo economico ❍ altro:

ATTREZZATURE NECESSARIE:

NOTA: indicare quali attrezzature sono necessarie (pc, proiettore, dispositivi medici, ecc.)

BREVE DESCRIZIONE DELLE MOTIVAZIONI CHE HANNO INDOTTO A PROPORRE LA REALIZZAZIONE DELL'EVENTO:

NOTE (da compilare qualora si ritenga utile fornire ulteriori dettagli)

Data di compilazione

Data	Parere autorizzativo della Direzione Medica/altra funzione competente (all'iniziativa e all'utilizzo degli spazi aziendali)
Data	Visto autorizzativo del Direttore Generale/Commissario

QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO AUTORIZZAZIONE.