



**RICHIESTA ASSEGNAZIONE CAMERA
AD USO OSPITALITÀ**

MD-IO-DS-001-01 v.00

COPIA NON CONTROLLATA
 COPIA CONTROLLATA

Il/la sottoscritto/a

Nato/a

il

Residente a

in Via/piazza

Tipo di documento

N°

Rilasciato il

Dal

Telefono

E-mail

CHIEDE

1. Di poter utilizzare il servizio di Ospitalità VIDAS per i seguenti motivi:

--

2. Per il periodo:

dal

al

impegnandosi a rispettare il “REGOLAMENTO SERVIZIO OSPITALITÀ VIDAS” di cui dichiara di avere preso visione e compreso e che è sempre consultabile nella camera assegnata.

Data

Firma

Allegato:

-Copia documento di identità