

su carta intestata richiedente

Direzione Generale
Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata
Via dell'Amba Aradam n.9
ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it

e, p.c. Direttore Uoc Conservazione e Valorizzazione Patrimonio
Storico e Decoro Ambientale

**Oggetto: Richiesta utilizzo spazi aziendali per riprese fotografiche-cinematografiche-
audiovisive od elaborazioni grafiche/topografiche**

Si richiede l'utilizzo della

SALA FOLCHI (corpo G - piano terra – max 250 pax)
SALA MAZZONI (corpo H – piano terra)
CORSIA DELLE DONNE (corpo M – piano terra)
SALA D'ELIA (corpo G – I piano – max 30 pax)
ANTICO ATRIO (corpo G – piano terra – max 40 pax)
PORTICO GIOVANNONI (corpo F – piano terra)
ANTICA SPEZIERIA (corpo F – piano terra)
SALONE SUORE (corpo F – I piano)
CHIESA SANTI ANDREA E BARTOLOMEO (corpo G – piano terra)
CORTILE MONUMENTALE
CORTILE SANTA MARIA
ANFITEATRO SANTA MARIA
CHIESA PO SAN GIOVANNI (corpo C – piano terra)
CHIESA PO ADDOLORATA
CHIESA PO BRITANNICO
PERISTILIO DOMUS ANNII
DOMUS LICINIO SURA

per il giorno _____

oppure dal giorno _____ al giorno _____ (solo se consecutivi)

dalle ore _____ alle ore _____

titolo film _____

organizzato da Società di produzione _____

C.F./P.IVA _____

legale rappresentante _____

documento identità _____ n. _____

scadenza _____

indirizzo _____

recapito telefonico _____

indirizzo e-mail e P.E.C. (se esterni) _____

n persone interessate alle riprese _____

n persone interessate ad allestimento / disallestimento _____

allestimento utilizzato _____

mezzi utilizzati _____

responsabile dell'evento (Nome e Cognome) _____

recapito telefonico _____

indirizzo e-mail e P.E.C. _____

Si allega alla presente:

informazioni sulla Società di produzione

sceneggiatura relativa alle parti che interessano le riprese in questa Azienda

relazione scritta nella quale sono evidenziati dettagliatamente gli aspetti organizzativi, ovvero un progetto con documentazione grafica e fotografica dell'allestimento che permetta di identificare gli spazi interessati dalle riprese, l'eventuale presenza di macchinari che possano variare le condizioni



termo-igrometriche ambientali, nonché gli eventuali impianti di illuminazione e di diffusione sonora, con la descrizione delle frequenze impegnate, ovvero tutti fattori che - se non opportunamente controllati - sono potenzialmente dannosi al bene culturale.

dichiarazione di malleva (obbligatoria) per il servizio catering, se previsto

La Società di produzione _____

accetta di effettuare il sopralluogo della Sala/ delle Sale richieste al fine di valutare se quanto messo a disposizione dall'azienda è conforme alle nostre esigenze;

rifiuta di effettuare il sopralluogo;

Si dichiara di aver preso integralmente visione del regolamento sulla locazione ad uso temporaneo o periodico di beni della Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, finalizzata allo svolgimento di attività o manifestazioni aventi sia carattere sociale e sanitario che carattere diverso.

Si solleva in particolare l' Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata da qualsiasi responsabilità in merito ad atti o fatti (tranne quelli oggettivamente imputabili alla stessa) che possano accadere a causa dello svolgimento dell'attività richiesta o che possano in ogni caso essere ad essa riconducibili. Si è a conoscenza che l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata potrà richiedere il risarcimento dei danni prodotti sui beni nell'espletamento dell'attività autorizzata. A tale fine inderogabilmente si procederà alla stipula di una polizza Assicurativa per la Responsabilità Civile verso terzi (RCT) e per danni ai Beni sottoposti a tutela D. Lgs. 42/2004 e s.m.i.

Si è a conoscenza che è severamente vietato affiggere manifesti, locandine e fogli con indicazioni dell'evento al di fuori delle immediate vicinanze alle sale congressuali.

Si rispetta, il disposto della L. n. 3/2003, art. 51, ovvero il divieto assoluto di fumare all'interno delle aule, dei corridoi e dei bagni adiacenti le stesse.

Distinti saluti

Luogo / Data _____

Il Rappresentante Legale _____



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**AZIENDA OSPEDALIERA
SAN GIOVANNI ADDOLORATA**

**SPAZIO RISERVATO ALLA UOC CONSERVAZIONE E VALORIZZAZIONE
PATRIMONIO STORICO E DECORO AMBIENTALE**

Numero di richiesta _____

Si concede:

a titolo oneroso

a titolo gratuito

rimborso spese

NON si concede per

Luogo / Data _____

Direttore

Uoc Conservazione e valorizzazione patrimonio
storico e decoro ambientale
