



**Università Politecnica delle Marche**  
**Centro Servizi Multimediali ed Informatici**

## Servizio WiFi Convegni

**Al Direttore del Ce.S.M.I.**

Si prega di compilare il modulo in stampatello ed in ogni sua parte e inviarlo via fax allo 071 220 4426

Richiedente (nome cognome): \_\_\_\_\_

Qualifica: \_\_\_\_\_ Dip./Clin. \_\_\_\_\_

Tel. interno \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Richiesta del servizio nel/nei giorni \_\_\_\_\_

Sede di svolgimento del convegno (facoltà, aula) \_\_\_\_\_

Numero di account richiesti \_\_\_\_\_

### Dichiarazione di assunzione di responsabilità

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver letto e di rispettare le norme d'uso dei servizi di rete offerti dall'Ateneo riportate nel *Regolamento utilizzo Internet e Posta Elettronica* e nella *Acceptable Use Policy* del GARR.

Firma del richiedente

Firma del responsabile della struttura