

**Richiesta prenotazione ausili alla mobilità (carrozze a spinta manuale):**

|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nome e Cognome *</b>                                                                       |                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>E-mail</b>                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Numero di telefono *</b>                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Giornate di manifestazione *</b><br><small>Barrare le caselle delle date richieste</small> | <input type="checkbox"/> 23 gennaio 2027<br><input type="checkbox"/> 24 gennaio 2027<br><input type="checkbox"/> 25 gennaio 2027<br><input type="checkbox"/> 26 gennaio 2027<br><input type="checkbox"/> 27 gennaio 2027 |
| <b>Ritiro presso *</b><br><small>Barrare la casella dell'ingresso richiesto</small>           | <input type="checkbox"/> Infermeria Ingresso SUD<br><input type="checkbox"/> Infermeria Ingresso EST<br><input type="checkbox"/> Infermeria Ingresso OVEST                                                               |
| <b>Note aggiuntive</b>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                          |

\* Campi che richiedono la compilazione obbligatoria

**Inviare il modulo compilato all'indirizzo e-mail [helpdesk.rn@iegexpo.it](mailto:helpdesk.rn@iegexpo.it).**

**Riceverai conferma di prenotazione.**