**TERMO DE RESERVA**

**PEDIDOS DE PAUTAS EM EQUIPAMENTO PÚBLICO CULTURAL DO MUNÍCIO DE ARARAQUARA - TEATRO MUNICIPAL “PREFEITO CLODOALDO MEDIDA”**

**\*\* formulário para download, preenchimento e envio para o e-mail:** **teatromunicipalararaquara@gmail.com**

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE/RESPONSÁVEL:

CPF:

RAZÃO SOCIAL (PESSOA JURÍDICA):

CNPJ:

ENDEREÇO:

CIDADE / UF:

CEP:

E-MAIL:

TEL:

**INFORMAÇÕES DO EVENTO**

NOME DO EVENTO:

NATUREZA DO EVENTO: ( ) CULTURAL ( ) OUTRAS NATUREZAS

DATA DA APRESENTAÇÃO:

2ª OPÇÃO DE DATA:

HORÀRIO DA APRESENTAÇÃO:

CLASSIFICAÇÃO ETÁRIA:

ESTIMATIVA DE PÚBLICO (LOTAÇÃO MÁXIMA - 428 PESSOAS):

NUMERO DE SESSÕES:

DEPENDÊNCIAS QUE SERÃO UTILIZADAS: ( ) SALA DE ESPETÁCULOS ( ) SAGUÃO

DESCRIÇÃO DO EVENTO E SINOPSE RESUMIDA:

OBSERVAÇÕES GERAIS

1. ESTE TERMO NÃO CONFIRMA A RESERVA DA DATA SOLICITADA, E SERÁ SUBMETIDO À COMISSÃO DE AGENDAMENTO DE ATIVIDADES DOS ESPAÇOS PÚBLICOS CULTURAIS DO MUNICÍPIO, QUE PODERÁ JULGAR PELO DEFERIMENTO, INDEFERIMENTO OU AINDA SOLICITAR AJUSTES. A PAUTA SÓ É CONFIRMADA APÓS DEFERIMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA DE ARARAQUARA, REALIZAÇÃO DE PAGAMENTO (PARA AS CESSÕES ONEROSAS) E ASSINATURA DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO;
2. **ESTE PEDIDO DEVERÁ SER ENTREGUE À SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA DE ARARAQUARA COM ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 30 DIAS CORRIDOS DA DATA DE REALIZAÇÃO DO EVENTO, ATRAVÉS DO E-MAIL:** teatromunicipalararaquara@gmail.com
3. EM NENHUMA HIPÓTESE PODERÁ OCORRER A DIVULGAÇÃO DO TEATRO MUNICIPAL DE ARARAQUARA COMO LOCAL DO EVENTO, BEM COMO A VENDA OU DISTRIUBUIÇÃO DE INGRESSOS, ANTES DA CONFIRMAÇÃO DA PAUTA, FICANDO A CARGO DO PROPONENTE E DA PRODUÇÃO ARCAR COM AS RESPONSABILIDADES DECORRENTES DA NÃO OBSERVÂNCIA E DESCUMPRIMENTO DESTE ITEM;
4. OS HORARIOS DE MONTAGENS E DESMONTAGENS SERÃO COMBINADOS APÓS APROVAÇÃO DA PAUTA E ASSINATURA DO CONTRATO, JUNTAMENTE AO RESPONSÁVEL TÉCNICO INDICADO.

*( ) DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES DECLARADAS NESTE TERMO DE RESERVA SÃO VERDADES.*

*( ) DECLARO CIÊNCIA DA APLICAÇÃO DE SANÇÕES E PENALIDADES CABÍVEIS EM CASO DE AFIRMAÇÕES FALSAS NOS DADOS PREENCHIDOS.*

*( ) DECLARO CIÊNCIA E ABSOLUTA CONCORDÂNCIA COM TODOS OS TERMOS CITADOS ACIMA.*

 ARARAQUARA, \_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE 2025

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

assinatura do requerente