



## RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL SISTEMA BIBLIOTECARIO AREA METROPOLITANA Biblioteca di Alpignano

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ \*email \_\_\_\_\_

\*titolo di studio \_\_\_\_\_ \*professione \_\_\_\_\_

chiede con la presente di iscriversi ai servizi offerti dal Sistema Bibliotecario dell'Area Metropolitana.

### Dichiara

- di essere a conoscenza delle prescrizioni del **Regolamento della biblioteca di Alpignano**, approvato dal Consiglio Comunale con deliberazione n. 49 del 16.07.2009.
- di essere a conoscenza di quanto previsto dal **decreto legislativo 196/03 e successive modifiche**, riguardanti la tutela dei dati personali. In particolare, si precisa che **i dati personali sopra riportati saranno utilizzati esclusivamente a fini statistici e mai, per nessun motivo, divulgati.**
- di autorizzare la trasmissione dei propri dati personali agli enti cui si appoggia la Biblioteca per il prestito di audiolibri, nel caso si richiedesse tale servizio.

Alpignano, \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Dati facoltativi, utilizzati per fini statistici in forma anonima. L'indirizzo di posta elettronica può essere utilizzato per comunicazioni relative alla gestione dei prestiti e per l'invio di informazioni sugli eventi organizzati dalla biblioteca.

Estremi documento identità  
(compilazione a cura del personale della biblioteca) \_\_\_\_\_