

RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL SISTEMA BIBLIOTECARIO AREA METROPOLITANA per i minori di anni 15 Biblioteca di Alpignano

Il/la sottoscritto/a _____

padre/madre di _____

Da compilare con i dati del minore

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____ telefono _____

residente in _____ cap. _____

via _____ n. _____

*titolo di studio _____

*scuola frequentata _____

autorizza il proprio figlio/a ad 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 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.

> Allegata fotocopia di un documento d'identità del genitore