



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

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

padre/madre di \_\_\_\_\_

autorizza il proprio figlio/a, nato/a a (\*) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

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

telefono \_\_\_\_\_

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

\*classe e scuola frequentate \_\_\_\_\_

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.

(\*) Compilare con i dati del minore

> Allegata fotocopia di un documento d'identità del genitore