

RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL SISTEMA BIBLIOTECARIO AREA METROPOLITANA Biblioteca di Alpignano

Il sottoscritto/a

nato a il

codice fiscale telefono

residente in cap.

via n.

*titolo di studio

*professione

email (per comunicazioni relative alla gestione dei prestiti)

autorizza l'utilizzo della posta elettronica anche per l'iscrizione alla mailing list della biblioteca per l'invio di informazioni sui servizi e sulle attività;

chiede 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.

Estremi documento identità (a cura del personale della biblioteca) _____