

Centro di Documentazione e Studi delle Donne di Cagliari – via Falzarego 35-37 - Cagliari

Modulo di iscrizione al Servizio Bibliotecario

Codice utente n° _____

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza CAP _____ Città _____ indirizzo _____

Domicilio CAP _____ Città _____ indirizzo _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

Documento d'identità tipo _____ n° _____

rilasciato da _____ il _____

- Occupazione

- Pensionamento

- Studi in corso

- Titolo di Studio

- Iscrizione mailing list /newsletter SI / NO

Data _____

Firma

Prendo atto che i dati personali che metto a disposizione della biblioteca saranno utilizzati per il servizio della biblioteca e specificamente per il prestito e le statistiche, nonché l'elaborazione manuale e/o elettronica degli stessi per eventuali comunicazioni e dichiaro il mio consenso all'uso dei dati forniti ai sensi all'art.13 del D. Lgs. 196/2003.

Firma

PER MINORI (da compilarsi a cura del genitore o di chi ne fa le veci)

La/il sottoscritta/o _____, in qualità di genitore (o di colui che ne fa le veci) di _____, preso atto delle informazioni contenute nel presente modulo, ne autorizza e conferma la richiesta di iscrizione alla Biblioteca del Centro di Documentazione e Studi delle Donne di Cagliari.

Documento di identità: tipo _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____

Data _____

Firma