

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** _____ **scadenza** _____

- 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. E GDPR, Regolamento Europeo 679/2016 entrato in vigore il 25 maggio 2018.

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