

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE
AL SISTEMA BIBLIOTECARIO AREA METROPOLITANA
per i minori di anni 16
Biblioteca di Alpignano**

Il/la sottoscritto/a _____

padre/madre di _____

Da compilare con i dati del minore

nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____ residente in _____
via _____ n. _____
cap. _____ e-mail _____

richiede l'iscrizione del proprio figlio/a ai servizi offerti dal Sistema Bibliotecario dell'Area Metropolitana (gestione dei prestiti, circolazione libraria, navigazione internet) e dichiara di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Alpignano, _____

Firma: _____

- Allegata fotocopia di un documento d'identità del genitore

CONSENSO

Preso visione del modulo di iscrizione al Sistema Bibliotecario dell'Area Metropolitana il/la sottoscritto/a _____ esprime o nega il proprio consenso al trattamento dei seguenti dati per le finalità descritte al punto 4 dell'informativa sul trattamento dei dati personali.

Indicazione numero di telefono: _____

- Acconsente
 Non acconsente

Data _____

Firma _____