

## DATI DEL LETTORE/LETTRICE (IN STAMPATELLO)

COGNOME ..... NOME .....

LUOGO DI NASCITA ..... DATA DI NASCITA ... / ... / ..... SESSO  F  M

INDIRIZZO ..... CITTÀ ..... CAP. .... PR.....

CF ..... TEL. .... CELL. ....

EMAIL .....

### **QUESTA PARTE DEVE ESSERE COMPILATA (IN STAMPATELLO) con i dati del **GENITORE O TUTORE****

#### **ALLEGO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DATI DEL GENITORE/TUTORE**

COGNOME ..... NOME .....

DOCUMENTO DI IDENTITÀ N. .... LUOGO E DATA DI NASCITA .....

INDIRIZZO ..... CITTÀ ..... CAP. .... PR.....

TEL. .... CELL. ....

EMAIL.....

**Ogni comunicazione della biblioteca verrà inviata esclusivamente per email**

## **AUTORIZZO**

**Il lettore/la lettrice a utilizzare i servizi messi a disposizione per i minori dalle biblioteche  
dell'Istituzione Biblioteca Classense**

**Data** .....

**Firma** .....

#### **INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

**Dichiaro di avere preso visione dell'Informativa sulla Privacy in base al D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196**

**Data** .....

**Firma** .....