

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Luogo di nascita _____ Provincia _____ Data _____

Indirizzo di residenza _____ N° _____ Città _____ Provincia _____

Indirizzo di domicilio _____ N° _____ Città _____ Provincia _____

Recapito preferenziale: posta cellulare e-mail fax telefono

Telefono/Cellulare _____ E-mail _____

Tipo Documento d'Identità _____ N° _____ Ente di rilascio _____

Luogo di rilascio _____ Data di rilascio _____ Scadenza _____

Codice Fiscale _____

Professione _____ Titolo di studio _____

PER UTENTI MINORENNI – DA COMPILARE DA PARTE DEL GENITORE/TUTORE LEGALE

Il/la sottoscritto/a

IN QUALITÀ DI: GENITORE TUTORE LEGALECognome _____ Nome _____ Sesso M F

Luogo di nascita _____ Provincia _____ Data _____

Indirizzo di residenza _____ N° _____ Città _____ Provincia _____

Indirizzo di domicilio _____ N° _____ Città _____ Provincia _____

Recapito preferenziale: posta cellulare e-mail fax telefono

Telefono/Cellulare _____ E-mail _____

Tipo Documento d'Identità _____ N° _____ Ente di rilascio _____

Luogo di rilascio _____ Data di rilascio _____ Scadenza _____

Codice Fiscale _____

Professione _____ Titolo di studio _____

DICHIARA di aver preso visione del **"Trattamento dei dati personali da parte del Comune di Offida – Biblioteca Comunale "Maestro Emilio Portelli"** e del **"Trattamento dei dati personali da parte del Polo SBN Marche Sud"** e di esprimere il proprio consenso informato al trattamento dei propri dati secondo le modalità contenute nei sopracitati documenti.

Firma _____

Data _____

Il sottoscritto inoltre, per quanto riguarda il trattamento dei suoi dati personali per l'invio informativo o editoriale del Settore Cultura e Turismo – Biblioteca e Musei, ivi compresi gli inviti a manifestazioni culturali

 Dà il suo consenso Nega il suo consenso

Firma _____

Data _____