



FONDAZIONE BIBLIOTECA ASTENSE "Giorgio Faletti"



Gruppo di lettura **ACCHIAPPALIBRI**

In qualità di **GENITORE**/tutore, il/la sottoscritto/a

cognome _____ nome _____

Nat_ il _____ a _____ Prov. _____

Residente in Via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Telefono fisso _____ Cellulare _____

E-mail _____

Doc. Identità: tipo _____ n. _____

Data rilascio _____ Rilasciato da _____

CHIEDE CHE

cognome _____ nome _____ M F

Nato/a_ il _____ a _____ Nazionalità _____

Codice Fiscale _____

Residente in Via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Telefono fisso _____ Cellulare _____

E-mail _____

Doc. Identità: tipo _____ n. _____ Data rilascio _____

Rilasciato da _____

sia ammesso/a a partecipare agli incontri e alle attività del gruppo di lettura ACCHIAPPALIBRI

DICHIARA

- Di aver preso visione del regolamento degli Acchiappalibri e di impegnarsi a rispettarlo.
- Di essere stato informato che la Biblioteca si impegna al trattamento dei dati personali unicamente per le finalità istituzionali, ai sensi della Legge.

Data, _____

Firma, _____

DESIDERO RICEVERE LA NEWSLETTER MENSILE CON LE INIZIATIVE



PER ADULTI



PER RAGAZZI 7 – 15