



CITTÀ DI SAN DONÀ DI PIAVE
Servizio Bibliotecario



Città di San Donà Di Piave
Assessorato alla Cultura



REGIONE DEL VENETO

BIBLIOTECA CIVICA
Piazza Indipendenza, 12
Tel. 0421.590232
Fax 0421.590230



BIBLIOTECA RAGAZZI
Via Gorizia, 3-5
Tel. 0421.590240
Fax 0421.590244



e-mail: biblioteca@sandonadipiave.net - web: biblioteca.sandonadipiave.net



PROVINCIA
DI VENEZIA



Rete Bibliotecaria Provinciale

MODULO DI ISCRIZIONE AI SERVIZI

DATI ISCRIZIONE

il/la sottoscritto/a
COGNOME NOME

nato/a a il / /

residente in via n. CAP

città provincia

cittadinanza (barrare la casella esatta) italiana altra

tel. n. e-mail

recapito preferenziale: posta e-mail

professione (barrare la casella esatta):

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> STUDENTE | <input type="checkbox"/> IMPRENDITORE | <input type="checkbox"/> ARTIGIANO | <input type="checkbox"/> PROFESSIONISTA |
| <input type="checkbox"/> DOCENTE | <input type="checkbox"/> CASALINGA | <input type="checkbox"/> DISOCCUPATO | <input type="checkbox"/> PENSIONATO/A |
| <input type="checkbox"/> COMMERCIANTE | <input type="checkbox"/> IMPIEGATO/A | <input type="checkbox"/> OPERAIO/A | <input type="checkbox"/> ALTRA CATEGORIA |

titolo di studio (barrare la casella esatta):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NESSUN TITOLO | <input type="checkbox"/> DIPLOMA ISTITUTO PROFESSIONALE | <input type="checkbox"/> LAUREA DI 1° LIVELLO (tre anni) |
| <input type="checkbox"/> LICENZA SCUOLA ELEMENTARE | <input type="checkbox"/> MATURITÀ SCUOLA SECONDARIA | <input type="checkbox"/> LAUREA SPECIALISTICA |
| <input type="checkbox"/> LICENZA SCUOLA MEDIA INFERIORE | | |

CHIEDE

di essere ammesso al **servizio bibliotecario** del Comune di San Donà di Piave nel rispetto del regolamento e delle leggi vigenti.

DATI DI UN GENITORE (o di chi ne fa le veci)

nel caso in cui il richiedente abbia meno di 15 anni e/o sia sprovvisto di documento d'identità

il/la sottoscritto/a
COGNOME NOME

in qualità di

Esprimo il mio consenso all'iscrizione del minore ai **servizi** e assumo le responsabilità previste dal regolamento.

ISCRIZIONE A INTERNET SI NO

Dichiaro di aver preso visione del regolamento del **servizio Internet**.

ISCRIZIONI A MAILING LIST NEWS SI NO

Chiedo l'inserimento del mio indirizzo e-mail nella lista contatti del servizio bibliotecario e culturale

San Donà di Piave,

Firma del richiedente

Firma

(FIRMA DI UN GENITORE O DI CHI NE FA LE VECI)