RETE BIBLIOTECARIA DELLA PROVINCIA DI VARESE

Modulo di iscrizione al servizio

biblioteca di

N° Tessera

Dati del Referente

Nome _____ Cognome _____

Sesso M F Data di nascita _____

Via _____ n° _____

Comune _____ Provincia _____

CAP _____ Stato _____

Tel (1) _____ Tel (2) _____

E-Mail _____

Dati dell'Ente

Nome_____

Via_____

Comune_____

CAP_____ Provincia_____

Tel._____

E-Mail_____

Ente ☐

Associazione ☐

Scuola ☐

Classe ☐

Sezione ☐

La sottoscrizione del presente modulo costituisce accettazione delle norme che regolano i servizi della Biblioteca

_____

Data Firma del Referente

_____

Data di scadenza Firma del Responsabile