



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Biblioteca

Cognome e Nome _____

Luogo di nascita _____ **Data di nascita** _____

IndirizzoResidenza _____

Città _____ **Cap** _____ **Provincia** _____

Telefono _____ **Cellulare** _____

Email _____

Cod.Fisc. _____

Tipo Documento _____ **N°Documento** _____

Titolo di studio _____

Indirizzo Domicilio (solo se diverso dalla residenza)

Città _____ **Cap** _____ **Provincia** _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30.6.2003 N. 196

• I dati sopra riportati vengono utilizzati da questa struttura nell'osservanza delle disposizioni del D.Lgs 196/03 che prevede "La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" e per le finalità strettamente connesse alle attività di competenza. Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e informatici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali nei termini consentiti dal D.Lgs n.196/03 e mi impegno a comunicare alla biblioteca qualsiasi modificazione degli stessi

data FIRMA

Via Ariosto 25, 00185 Roma T (+39) 06 77274165 F (+39) 06 77274165
<http://www.dis.uniroma1.it/~bibdis/>