



Utilizador da Rede de Bibliotecas do Concelho de Arganil



Nome (conforme documento de identificação):

Morada:

Código Postal: _____ / _____ / _____

E-mail: _____ **Telf / Telem** _____

Nome do Encarregado de Educação (para inscritos até aos 18 anos):

E-mail do encarregado de educação (para inscritos até aos 18 anos):

_____ **Telf / Telem** _____

Declaro que autorizo a partilha dos meus dados pessoais dentro da Rede de Bibliotecas do Concelho de Arganil e da Rede de Bibliotecas Escolares.

Tomo conhecimento que a inscrição como utilizador da Rede de Bibliotecas do Concelho de Arganil me obriga ao respeito pelo regulamento das Bibliotecas que compõem a Rede, comprometendo-me a cumpri-lo.

Assinatura (conforme documento de identificação)

Assinatura (conforme documento de identificação) do Encarregado de Educação, para menores de 18 anos.

A preencher pelos serviços										
Nome Completo	_____									
Nº Documento Identificação	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
Nº Identificação Fiscal	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
Data de Nascimento	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
Inscrição	_____									
Contactos inseridos	_____									
Emissão	_____									
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
	Número de utilizador									