

L.A.B.S.



IL/LA SOTTOSCRITT _____

PADRE/MADRE/ TUTORE DI _____

DOCUMENTO DI IDENTITA': _____

TELEFONO: _____ CELLULARE: _____

E-MAIL: _____

Chiede che il/la minorenne di cui sopra, sia iscritto/a all'evento

24/11/2018 Inkiostrik : Ore 10.30 - Età 6/8

E si impegna a versare la quota di partecipazione di Euro 3,00.

Prendo atto che i dati personali che metto a disposizione saranno utilizzati per il servizio della biblioteca per l'elaborazione manuale e/o elettronica degli stessi per eventuali comunicazioni. Dichiaro il mio consenso all'uso dei dati forniti ai sensi del D.Lgs. n.196/2003.

Data _____

Firma _____