Domanda di iscrizione - persone fisiche

Attenzione! Tutti i campi sono obbligatori

Il sottoscritto _____ chiede

|__| l'iscrizione all'AIB in qualità di Associato ordinario annuale

Si ricorda che ai sensi dell'art. 4. comma 1 dello Statuto vigente possono essere associati ordinari dell'AIB le persone fisiche che esercitino o posseggano competenze per esercitare professionalmente l'attività di bibliotecario ovvero di specialista in gestione di biblioteche e/o di servizi bibliografici e di documentazione; ai sensi della Direttiva sulle iscrizioni art. 2, l'Associato ordinario è tenuto altresì all'aggiornamento professionale continuo. Il richiedente deve compilare il quadro A della domanda di iscrizione, e si impegna a comunicare tempestivamente alla Segreteria della sezione di propria competenza eventuali variazioni nei dati forniti.

oppure

|__| l'adesione all'AIB in qualità di Amico
|__| l'adesione all'AIB in qualità di Amico studente

Data _____ Firma _____

Dati anagrafici

Cognome e nome _____ M |__| F |__|

Codice fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo di residenza: Via _____

Città _____ CAP _____ Provincia _____

Recapiti

Telefono _____

Fax _____

Cellulare _____

E-mail _____

Sede di lavoro (Denominazione completa, Ente di appartenenza, Via, CAP, Città, Provincia, telefono, fax, e-mail generale dell'Ente)

_____

_____

_____

Indicare dove si desidera ricevere le pubblicazioni periodiche dell'AIB e le eventuali altre comunicazioni

|__| residenza |__| sede di lavoro

Domanda di iscrizione - persone fisiche

Attenzione! Tutti i campi sono obbligatori

Titoli studio

|__| Diploma Scuola media inferiore
|__| Diploma Scuola media superiore
|__| Diploma universitario *(Specificare* _____)
|__| Diploma di laurea *(Specificare* _____)
|__| Specializzazioni post lauream *(Specificare* _____)

Posizione lavorativa attuale

Tipo di contratto
|__| Dipendente a tempo indeterminato barrare in caso di part-time |__|
|__| Dipendente a tempo determinato barrare in caso di part-time |__|
|__| Libero professionista
|__| Socio o dipendente di cooperativa o società di servizi
|__| Atipico
|__| Studente (Corso di laurea o diploma:) ...
|__| Pensionato
|__| Non occupato
|__| Altro *(Specificare* _____)

Qualifica *(assimilare le qualifiche se necessario indipendentemente dagli inquadramenti contrattuali)*
|__| Operatore/Addetto
|__| Assistente biblioteca /Aiutobibliotecario
|__| Bibliotecario/Funzionario
|__| Dirigente
|__| Libero professionista
|__| Altro *(Specificare* _____)

Tipologia biblioteca
|__| Pubblica statale (MBAC)
|__| di altri ministeri e organi dello Stato
|__| di Enti locali e Regioni
|__| di Università (statali e private)
|__| di Enti di ricerca
|__| Scolastica
|__| Ecclesiastica
|__| Privata
|__| di Aziende ospedaliere o del comparto sanitario
|__| di altre aziende e imprese
|__| Altre *(Specificare* _____)

Campagna iscrizioni 2012

Se sei un nuovo associato che si è iscritto all'AIB grazie a un collega già socio, indicaci il suo nome e cognome per consentirgli di usufruire del buono sconto di 10 euro per la partecipazione a un corso di formazione AIB:
NOME: _____ COGNOME: _____

Domanda di iscrizione - persone fisiche

Attenzione! Tutti i campi sono obbligatori

Informativa ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003. Vi informiamo che i dati personali sopra forniti formano oggetto di trattamento in relazione all'iscrizione all'Associazione Italiana Biblioteche e alla fruizione dei relativi diritti previsti dall'art. 8 dello Statuto vigente. Verranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici, comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e riservatezza. I dati potranno essere comunicati per le finalità di cui sopra a soggetti che collaborino con il titolare. Potrete in ogni momento esercitare i diritti di cui all'articolo 7 e ss. del D.Lgs 196/2003. Titolare dei sopraindicati trattamenti è Associazione Italiana Biblioteche, con sede in Viale Castro Pretorio 105, 00185 Roma. Responsabile del trattamento è il Segretario Nazionale dell'Associazione.

Consenso al trattamento dei dati. Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e di esprimere il suo consenso, previsto dagli art. 23 e ss. della citata legge, al trattamento dei suoi dati per le finalità precisate nell'informativa. **(NB: in assenza di questo consenso NON sarà possibile procedere con l'iscrizione)**

Data _____ Firma _____

Modalità di pagamento

|__| Versamento c.c. postale (*allegare copia*)
|__| Versamento c.c. bancario (*allegare copia*)
|__| Carta di credito (*allegare ricevuta*)
|__| Assegno Segreteria naz./Sezione *(allegare originale o copia)*
|__| Contante alla Segreteria naz./Sezione

Quadro A *(da compilare in caso di iscrizione come Associato ordinario)*

Formazione e aggiornamento: (elencare in ordine cronologico inverso le **esperienze più rilevanti**)

Titolo del corso/seminario	Ente organizzatore	Data/durata

Esperienze professionali precedenti: (elencare in ordine cronologico inverso le **esperienze più rilevanti**)

Qualifica	Ente	Data inizio data fine

Domanda di iscrizione - persone fisiche

Attenzione! Tutti i campi sono obbligatori

(Parte riservata alla Segreteria nazionale o regionale)

Parere espresso dalla Sezione _____ il _____

Firma _____