



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* _____)



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 _____