



Utilizador da Rede de Bibliotecas do Concelho de Arganil



Nome

Número do Documento de identificação _____ / _____

Data de Nascimento: Mês _____ **Ano** _____

Morada: _____

Código Postal: _____ / _____ / _____

Contacto para notificação: e-mail _____

Telf / Telem _____

Nome do responsável legal (para inscritos até aos 18 anos):

Contacto para notificação do responsável legal

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

Li e aceito os Regulamentos das Bibliotecas do Concelho de Arganil comprometendo-me a cumprir e fazer cumprir.

Assinatura (conforme documento de identificação)

Assinatura do Responsável Legal. (conforme documento de identificação)

Tomei conhecimento que o Município de Arganil cumpre o Regulamento Geral de Proteção de Dados no que concerne à recolha e tratamento dos mesmos. Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente à tramitação da presente inscrição.

Para mais informações contacte dpo@cm-arganil.pt