

**Università degli Studi della Campania
"Luigi Vanvitelli"**

Ufficio di Biblioteca dei Dipartimenti di Area Medica

MODULO ISCRIZIONE al Document Delivery

Per accedere al servizio di document delivery per l'anno _____
compilare IN STAMPATELLO, CORRETTAMENTE ED IN OGNI SUA PARTE l'intero modulo.

Nome: _____

Cognome: _____

Qualifica: Studente
 Altro (specificare) _____

Dipartimento di afferenza (dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"):

Indirizzo e-mail: _____

tel.: _____ **cell.:** _____ **Fax:** _____

Napoli, _____ **Firma del richiedente** _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003 e successive modificazioni

Non autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003 e successive modificazioni

Napoli, _____

Firma del richiedente

Per le categorie: studenti, dottorandi, specializzandi, borsisti, assegnisti, assistenti in formazione, tecnici, contrattisti e volontari, occorrono la firma e il timbro di un docente del Dipartimento di afferenza.

Prof.: _____

Timbro e firma del Professore
