



Modulo di iscrizione alla Biblioteca del Confine

Io sottoscritto/a (nome/*name*) (cognome/*surname*)

nato/a il (*date of birth*) / / a(*in*)

provincia (*region/state*)

Indirizzo di residenza (*residential address*):n°

c.a.p. (*poste code*) città (*city*)

tel. (*telephone number*): cell. (*mobile number*):

Email:

richiedo l'iscrizione alla Biblioteca del Confine c/o Fondazione Casa della Carità

"A. Abriani", via F. Brambilla 10 (MI).

N° tessera: BLRT000

Data (*date*)

..... / /

Firma (*signature*)

.....



INFORMATIVA PRIVACY

(Art. 13 Regolamento UE 679/2016)



Il Titolare del Trattamento dei dati personali da lei forniti è Fondazione Casa della Carità A. Abriani con sede in Milano, V. Francesco Brambilla, 10. La responsabile della Protezione dei dati (D.P.O.) è Laura De Carlo domiciliata presso la Fondazione Casa della Carità A. Abriani, contattabile al seguente indirizzo mail laura.decarlo@casadellacarita.org

I dati personali saranno gestiti per le seguenti finalità: gestione iscrizione anagrafica per prestito libri; utilizzo di internet e invio di comunicazioni pertinenti alle attività della biblioteca.

I dati personali saranno trattati in forza della seguente base giuridica: consenso dell'interessato. Per il raggiungimento delle finalità saranno trattati dati comuni. I dati potranno essere comunicati a soggetti esterni il cui intervento nel trattamento sia necessario in base a obblighi di carattere contrattuale, fiscale o normativo. I suoi dati, inoltre, potranno essere elaborati da dipendenti o collaboratori della nostra organizzazione nominati quali incaricati del trattamento, nonché da Società che svolgono attività in outsourcing, inclusa la gestione di servizi di cloud computing, professionisti e consulenti esterni che sono nominati come Responsabili del Trattamento. I dati personali non saranno oggetto di diffusione e non saranno trasferiti al di fuori dall'Unione Europea.

I dati personali saranno conservati fino all'annullamento dell'iscrizione. Il conferimento dei dati è obbligatorio, l'eventuale rifiuto al conferimento comporta la mancata prosecuzione del rapporto.

Potrà in qualsiasi momento chiedere al Titolare del Trattamento di accedere, rettificare, cancellare, limitare, trasferire. In aggiunta ai diritti sopra elencati, avrà sempre diritto di proporre **reclamo** all'Autorità di Controllo (www.garanteprivacy.it). E' possibile in qualsiasi momento **revocare il consenso** scrivendoci all'indirizzo indicato.

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Da compilare in caso di persona maggiorenne

Il/La sottoscritto/a (Nome) _____ (Cognome) _____, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Reg. UE 679/2016, acconsente al trattamento dei propri dati personali.

Data
____ / ____ / ____

Firma _____ 

Da compilare in caso di persona minorenni

Il/La sottoscritto/a (Nome) _____ (Cognome) _____, in qualità di esercente la responsabilità genitoriale del minore (Nome) _____ (Cognome) _____,

acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Reg. UE 679/2016, acconsente al trattamento dei dati personali del minore.

Data
____ / ____ / ____

Firma del genitore _____

Le chiediamo inoltre di fornirci il suo consenso ad utilizzare immagini fotografiche e/o riprese video della sua persona: resta inteso che dette immagini potranno essere utilizzate solo dalla Fondazione per le finalità specificatamente indicate nel seguito:

- esposizione presso le nostre sedi
- riproduzione su Web (sito e social network della Fondazione)
- riproduzione su quotidiani / periodici / riviste del settore /newsletter
- proiezione pubblica

La invitiamo ad apporre una croce sulle finalità per le quali intende fornire il proprio consenso.

Firma _____ 