



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1

DIREZIONE GENERALE

ALLEGATO I

Biblioteca Lancisiana

SCHEDA REGISTRAZIONE STUDIOSI

NOME E COGNOME.....
DOC.IDENTITA'.....
VIA/PIAZZA.....
N°.....CITTA'.....STATO.....
INDIRIZZO EMAIL.....
QUALIFICA.....

ATENEIO/ENTE DI APPARTENENZA.....
AREA DI RICERCA.....
VOLUME PRENOTATO.....
VOLUME CONSULTATO.....

Data.....
Dalle orealle ore.....

Il modulo compilato deve essere consegnato al personale della biblioteca.

Informativa Privacy (vedere allegato 3 del Regolamento della Biblioteca Lancisiana)

