



Domanda di iscrizione 2024 - Associato

Alla Sezione regionale AIB _____

Io sottoscritto/a

Dati anagrafici

Cognome e nome _____

Codice fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo di residenza: _____

Città _____ CAP _____ Provincia _____

Recapiti

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

Sede di lavoro attuale

(Denominazione completa, Ente di appartenenza, Via, CAP, Città, Provincia, telefono, fax, e-mail dell'Ente)

Chiedo

di essere ammesso all'AIB in qualità di Associato *(possono essere associati dell'AIB le persone fisiche ai sensi dell'art. 4. comma 1 dello Statuto vigente)*

A tal fine dichiaro

|__| di possedere i seguenti requisiti richiesti al punto a) art. 5 del Regolamento di iscrizione

Laurea magistrale a indirizzo biblioteconomico (classe LM 5), o altro titolo post-laurea in biblioteconomia (scuola di specializzazione, master di 2. Livello, Scuola Vaticana), o dottorato di ricerca.

Laurea conseguita

Università / Ente _____

Anno conseguimento _____

Note _____

(specificare eventuali ore/crediti e valutazione finale)

Titolo conseguito post-laurea

Università / Ente _____

Anno conseguimento _____

Note _____

(specificare eventuali ore/crediti e valutazione finale)

|__| Dichiaro di aver preso visione e di accettare in ogni sua parte:
lo Statuto dell'AIB <http://www.aib.it/chi-siamo/statuto-e->

[regolamenti/statuto/](#)

il Codice Deontologico del Bibliotecario

<http://www.aib.it/chi-siamo/statuto-e-regolamenti/codice-deontologico/>

il Codice di comportamento <http://www.aib.it/chi-siamo/statuto-e-regolamenti/codice-di-comportamento/>

il Regolamento di iscrizione

<http://www.aib.it/chi-siamo/statuto-e-regolamenti/regolamento-iscrizioni/>

NB: Dichiarazione obbligatoria

*****A

i sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 sul trattamento dei dati personali (GDPR), e del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)**, presto il mio consenso al trattamento dei dati personali forniti ai fini del procedimento.

NB: Consenso obbligatorio

Dichiaro sotto la mia completa responsabilità che i dati da me forniti sono veritieri e, in merito alle Dichiarazioni sostitutive di certificazione (Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000), di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

NB: Dichiarazione obbligatoria

Allego copia del documento d'identità in corso di validità (passaporto o carta d'identità).

Sottoscrivo la quota di iscrizione di:

€ 60,00 (35 anni compiuti alla data di presentazione della domanda);

€ 45,00 (età inferiore ai 35 anni alla data di presentazione della domanda).

Voglio aggiungere alla mia iscrizione anche:

AIB studi cartaceo 2024 (3 fascicoli) - Euro 30

Quota PLUS - Euro 30 (3 o 4 pubblicazioni edite nel corso del 2024 che saranno spedite i primi mesi dell'anno successivo)

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 sul trattamento dei dati personali (GDPR), e del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) 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. Titolare dei sopraindicati trattamenti è Associazione Italiana Biblioteche, con sede in Viale Castro Pretorio

105, 00185 Roma. Responsabile del trattamento è il Responsabile amministrativo dell'Associazione.

Data _____ Firma _____

Modalità di pagamento

- Versamento c.c. postale (allegare copia)
- Versamento c.c. bancario (allegare copia)
- Paypal (allegare ricevuta)
- Contante alla Segreteria naz./Sezione

**Domanda di attestazione 2024
(artt. 7 e 11 Regolamento di iscrizione)**

Alla Commissione attestazione AIB

Io sottoscritto/a

Dati anagrafici

Cognome e nome _____ Codice fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo di residenza: _____

Città _____ CAP _____ Provincia _____

Recapiti

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

Ammesso in qualità di associato dal Comitato esecutivo regionale della Sezione AIB _____

Chiedo

Il rilascio dell'attestazione di qualificazione professionale e l'iscrizione all'Elenco pubblico degli Associati.

Sottoscrivo

la quota di **€ 20,00** per diritti di segreteria UNA TANTUM (in aggiunta alla quota di Associato)

Modalità di pagamento

- | Paypal (allegare ricevuta)
- | Versamento c.c. postale (allegare copia)
- | Versamento c.c. bancario (allegare copia)
- | Contante alla Segreteria naz./Sezione

Ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 sul trattamento dei dati personali (GDPR)**, e del **D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)**, presto il mio consenso al trattamento dei dati personali forniti ai fini del procedimento; presto il consenso alla pubblicazione del mio nome, cognome, città e data di ammissione all'Elenco degli Associati, disponibile nel sito web dell'AIB.

NB: Consenso obbligatorio

Data _____

Firma _____