

Einschreibung Erwachsene Nr. \_\_\_\_\_\_

**Trevi Zentrum - TreviLab besteht aus den folgenden Mediatheken und der Bibliothek mit öffentlichen Dienstleistungen: Audiovisuelles Zentrum, Multisprachzentrum und die italienische Landesbibliothek "Claudia Augusta"**

**Ich, der/die Unterzeichner/in, beantrage die Einschreibung im Trevi Zentrum - TreviLab**

Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboren in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Geschlecht M □ W □

**\*** Ausweis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*** Steuernummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\* Legen Sie eine Kopie des Ausweises und der Gesundheitskarte bei**

Wohnhaft in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Plz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße/Platz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ansässig in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße/Platz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Der/die Unterzeichner/in erklärt die E-Mail-Adresse als digitales Domizil:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ die als ausschließliche Adresse für jede Art von Kommunikation verwendet wird, wobei er/sie sich verpflichtet, diese funktionsfähig zu halten und alle Änderungen mitzuteilen.

**Nutzergruppe**

□ Student/in Oberschule □ Selbständige/r

□ Student/in Universität □ Hausfrau/man

□ Lehrpersonal □ Pensionierte/r

□ Angestellte/r □ Anderes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NAZIONALITÄT**

□ Italien □ EU □ Andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ich möchte den Newsletter der folgenden Dienste erhalten:**

**Audiovisuelles Zentrum**  □ Ja □ Nein □ habe ihn abonniert und erhalte ihn regelmäßig.

**Multisprachzentrum** □ Ja □ Nein □ habe ihn abonniert und erhalte ihn regelmäßig.

**Bibliothek "Claudia Augusta"** □ Ja □ Nein □ habe ihn abonniert und erhalte ihn regelmäßig.

**Der/die Unterzeichner/in erklärt, die Informationen gemäß dem Gesetz über den Schutz personenbezogener Daten nach der EU-Verordnung 2016/679 und den in der Dienstleistungscharta beschriebenen Zugangsverfahren gelesen zu haben und sie in allen ihren Teilen zu akzeptieren (Texte unter** [**www.provinz.bz.it/Trevizentrum-Einschreibeformulare**](http://www.provinz.bz.it/Trevizentrum-Einschreibeformulare)**).**

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Der autorisierte Datenverarbeiter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_