

**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**

\_\_\_\_\_