**FICHA DE LEITOR N.º**

**Dados Pessoais**

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO:

NÚMERO DO CARTÃO DE CIDADÃO:

NÚMERO DE ALUNO:

CURSO:

**Contactos**

MORADA PRINCIPAL:

MORADA EM TEMPO DE AULAS:

TELEFONE/ TELEMÓVEL:

E-MAIL:

Declaro que autorizo/não autorizo(\*) a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra a conservar os meus dados pessoais, pelo período necessário a uso exclusivo da Biblioteca e não para transmissão a terceiros. Poderei consultar, corrigir ou eliminar os meus dados pessoais constantes no sistema informático da Biblioteca, devendo o pedido ser dirigido à Presidência da ESTeSC.

Data:

O/A aluno(a),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) Riscar o que não interessar