

SISTEMA DE BIBLIOTECAS DEL CONDADO DE SARASOTA
Solicitud para la Tarjeta de las Bibliotecas

Imprima por favor

Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección Local (numero, calle, Buzón Postal, # Departamento):			
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	Condado (si es diferente de Sarasota):
Numero de Teléfono (incluye el codigo de area): ()		Correo Electronico:	
Dirección Permanente (si diferente de la dirección arriba):			Numero de Teléfono (incluye el codigo de area): ()
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	

Esta sección debe ser completado por un padre o un guarda legal si el aspirante es bajo de la edad de 18.

Imprima por favor

Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:
Dirección:	Numero de Teléfono: ()	

¡Lea eso antes de firmar por favor!

Declaro que toda la información proveída es correcta. Con mi firma, comprometo a ser responsable por todo uso de esta tarjeta, incluyendo uso del internet y polizas de ello. Estoy de acuerdo con todas las reglas y regulaciones de la biblioteca y me comprometo a pagar cualquier multa que me impongan por si daño, pierdo, se me roba, o deajo de devolver a tiempo aquellos materiales que utilice. Hay un costo para remplazar la tarjeta perdida. También me comprometo a notificar a la biblioteca inmediatamente si pierdo o me roban la tarjeta par evitar el uso indebido. El cargo para tarjetas de tres, seis o doce meses para los que no son residentes no es reembolsable.

El sistema de bibliotecas del condado de Sarasota tiene una poliza de “acceso abierto.” Los padres o guardianes, no el personal de la biblioteca, son responsables para los materiales y recursos de Internet seleccionados y usados por niños.

Firma del aplicante

Fecha

Firma de Padre o Guardian
(Si aplicante esta bajo la edad de 18)

Fecha

Patron Barcode	Staff Initials
Replaces Barcode	Today's Date