

Il/la sottoscritto/a

nato/a ail

residente in via

tel

con recapito intel

indirizzo e-mail (obbligatorio).....

di professione presso (Istituto-Ufficio e sede)

.....

Documento di identità (allegare copia fotostatica del documento)

CHIEDE DI CONSULTARE IL SEGUENTE ARCHIVIO PRIVATO

A) – ARCHIVIO DELL'ISTITUTO, ENTE, SOCIETA' etc. (denominazione e indirizzo)

.....

B) – ARCHIVIO DI FAMIGLIA (indicazione del proprietario e della località)

.....

Oggetto della ricerca:.....

Periodo storico:.....

PER MOTIVI DI STUDIO, RICERCHE, PUBBLICAZIONI

Il sottoscritto dichiara di non essere stato escluso dalle sale di lettura di archivi e biblioteche.

E' altresì consapevole di avere la responsabilità penale e civile per reati o danni derivanti a persone e ad enti dalla diffusione delle notizie di carattere riservato contenute nei documenti consultati (art. 11 del D.Lgs. 196/2003).

DATA

.....

FIRMA

.....