SISTEMA ARCHIVISTICO INTERCOMUNALE
Via San Francesco 165 – 41058 Vignola (MO)
tel. 059 771093 – fax 059 766076
e-mail: poloarchivistico@terredicastelli.mo.it

RICHIESTA DI ACCESSO ALLA SALA STUDIO DEL POLO ARCHIVISTICO

Il/la sottoscritto/a .....
(cognome) (nome)

TITOLO DI STUDIO .....

PROFESSIONE .....

RESIDENTE A ..... CAP ..... PROVINCIA .....

VIA ..... N. .....

DOCUMENTO D'IDENTITÀ N. .....

☐ Carta d'identità ☐ Patente ☐ Passaporto ☐ Altro .....

Ente di rilascio ..... Luogo di rilascio .....

Data di rilascio ..... Scadenza .....

In qualità di

☐ studente iscritto al corso di laurea / diploma / dottorato .....
presso l'Università degli Studi / Istituto .....

☐ docente / ricercatore di .....
presso l'Università degli Studi / Istituto .....

☐ libero professionista (specificare) .....

☐ altro (specificare) .....

CHIEDE

di poter accedere alla sala studio del Polo archivistico e alla consultazione della documentazione ivi conservata per una ricerca avente scopo (specificare):

☐ tesi di laurea / diploma dal titolo .....

☐ pubblicazione dal titolo .....

☐ materiale didattico .....

☐ studio professionale .....

☐ altro (specificare) .....

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità

- di aver preso visione del Regolamento del Polo Archivistico e del "Codice di deontologia e di buona condotta per gli archivisti e i ricercatori" e di accettarne le disposizioni, impegnandosi a depositare una copia delle eventuali pubblicazioni frutto della ricerca;
- di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di non essere sottoposto a provvedimenti di interdizione da sale studio di archivi e biblioteche italiani

Data ..... Firma .....

Richiesta n. ..... / .....
(anno)

VISTO DEL RESPONSABILE
.....