

## DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA CONSULTAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nome ..... Cognome .....

Nazionalità .....

Luogo di nascita ..... data .....

Documento di riconoscimento ..... n. ....

Indirizzo ..... Tel. ....

Titolo di studio .....

Professione .....

*(gli studenti sono pregati di specificare tipo di scuola o facoltà frequentate ed anno di corso)*

CHIEDE DI ESSERE AUTORIZZATO/A ALLA CONSULTAZIONE DEI DOCUMENTI CONSERVATI PRESSO QUESTO ARCHIVIO

Motivo della richiesta:

Esame universitario: materia ..... professore .....

Tesi di laurea: materia ..... professore .....

Ricerca per attività scientifica  Ricerca per attività professionale

Interesse culturale personale  Certificazione amministrativa

Titolo o descrizione della ricerca .....

Il richiedente si Impegna:

- 1- A trattare con ogni riguardo il materiale documentario ottenuto in consultazione ricordando che è tassativamente proibito scrivervi annotazioni, tracciarvi sottolineature, apporvi segni richiamo, etc. ed asportare dalla sala di studio o dalla sede dell'Archivio, sia pure solo temporaneamente, documenti, volumi o parte di essi.
- 2- A consegnare all'Archivio copia dei risultati delle ricerche per le quali si è usufruito del materiale archivistico, anche se non pubblicate, come disposto dall'art. 14 del Regolamento dell'Archivio Storico Comunale.
- 3- A richiedere specifica autorizzazione in caso di pubblicazione di materiale documentario conservato nell'Archivio.

Legge sulla privacy (art. 13 D.L.vo n. 196 del 30/06/2003)

I dati sopra riportati saranno utilizzati esclusivamente ai fini di detta autorizzazione

Fiesole, .....

Firma

---

**VISTO si autorizza la consultazione dei documenti.**

Fiesole, .....

IL DIRIGENTE