

li, \_\_\_\_\_

Richiesta n° \_\_\_\_\_

ARCHIVIO STORICO COMUNALE  
RICHIESTA CONSULTAZIONE

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_

domiciliato in via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

chiede di consultare i documenti che riguardano (argomento di ricerca) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ricerca per conto di \_\_\_\_\_

Nel caso di tesi di laurea: assegnata dal prof. \_\_\_\_\_

dell'Università di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna ad osservare le norme del Regolamento Comunale per la consultazione dell'Archivio Storico, che dichiara di conoscere, e la legislazione vigente, rendendosi responsabile in caso di mancato rispetto.

FIRMA

\_\_\_\_\_

Lo studioso è ammesso a frequentare la sala di studio, dal giorno \_\_\_\_\_ in poi.

Il Responsabile dell'archivio

\_\_\_\_\_