

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ARCHIVIO MARIO RIGONI STERN
PER L'ANNO**

<input type="checkbox"/> sottoscritt <input type="checkbox"/>	cognome		nome												
	Nat a												Prov.		
Data di nascita															
Residente a												CAP			
Via															
Codice fiscale															
Telefono															
e-mail															
Doc. identità n.									Tipo						
Ente di rilascio							Luogo								
Data di rilascio							Data scadenza								
Titolo di studio															

CHIEDE

di essere ammesso alla consultazione dei documenti per il seguente argomento di ricerca:

motivo della ricerca:

Il sottoscritto si impegna sin d'ora ad accettare il Regolamento dell'AMRS e a rispettarne le norme.

Ai sensi dell'art 13 D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., si dichiara che i dati personali trasmessi verranno utilizzati dall'AMRS esclusivamente per le seguenti finalità: espletamento del servizio richiesto; fini statistici interni.

Data

Firma
