



**MODULO PER LA RICHIESTA DI CONSULTAZIONE DI DOCUMENTI
APPARTENENTI ALL'ARCHIVIO MARIO RIGONI STERN**

Il sottoscritto

Cognome	
Nome	
Nato a	
Data di nascita	
Residente a	
Via	
Telefono	
e-mail	

CHIEDE

la consultazione della seguente documentazione (indicare Sezione, Serie/sottoserie, fascicolo/unità):

SEGNATURA		
1		
2		
3		
4		
5		

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 _____