

## DOMANDA DI RIPRODUZIONE DI MATERIALE ARCHIVISTICO

Cognome
Nome
Data
Pezzo richiesto
Segnatura
Cc.
Firma
Annotazioni del responsabile dell'Archivio

Al Presidente

**Fondazione Fedrigoni Fabriano**

<b>Cognome</b>			
<b>Nome</b>			
<b>Cittadinanza</b>			
<b>Domicilio in</b>		<b>Prov.</b>	
<b>Via</b>		<b>C.A.P.</b>	
<b>Tel./Cell.</b>			
<b>E-mail</b>			
<b>Professione o Qualifica</b>			

Istituto presso cui svolge l'attività

CHIEDE PER FINI ESCLUSIVAMENTE DI STUDIO

- la riproduzione del seguente materiale archivistico

segnetura

- di poter effettuare con mezzi propri la riproduzione del seguente materiale archivistico

segnetura

La/Il sottoscritta/o dichiara che utilizzerà tali riproduzioni solo per motivi di studio e si impegna a chiedere l'autorizzazione per la pubblicazione.

Data

Firma

## NORME E TUTELA DELLA PRIVACY

Ai sensi degli art. 13 del Reg. (CE) 27-4-2016 n. 2016/679/UE (GDPR), si informa che i dati personali verranno utilizzati esclusivamente per le seguenti finalità:

- espletamento del servizio richiesto;
- fini statistici della Fondazione.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy e autorizza l'uso dei dati personali per le finalità sopra indicate.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_