



## Alla Direzione scientifica del Fondo archivistico Carlo Savonuzzi

### MODULO DI RICHIESTA PER LA CONSULTAZIONE DEI DOCUMENTI DELL'ARCHIVIO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ di nazionalità \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di professione \_\_\_\_\_

Residente/domiciliato in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Doc. d'identità: tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di ottenere l'autorizzazione alla **consultazione** di documenti conservati nel fondo archivistico Carlo Savonuzzi inerenti il seguente argomento di studio/ricerca:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

per i seguenti motivi:

- Per uno studio/ricerca dal titolo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ai fini di una tesi di laurea dal titolo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ assegnata dal Prof. \_\_\_\_\_ dell'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
come riportato nell'allegata dichiarazione del Docente / Relatore
- Per conto di\* \_\_\_\_\_ al fine di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(\* Allegare richiesta, firmata e su carta intestata, del referente del progetto)

**Il sottoscritto si obbliga ad osservare tutte le disposizioni comprese nel Regolamento per l'accesso al Fondo archivistico Carlo Savonuzzi, disposizioni di cui ha ricevuto adeguata informazione e alle quali è condizionata la richiesta di autorizzazione.**

Ferrara, li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_