

RICHIESTA PER LA CONSULTAZIONE DI DOCUMENTI
DELL'ARCHIVIO STORICO O DI DEPOSITO
DEL COMUNE DI SANT'ARSENIO
-Provincia di Salerno-

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ (____) il _____ residente a _____
alla via/piazza/corso _____ n. _____ (C.A.P.) _____
e-mail _____ tel. portatile _____
tel. fisso _____

Richiede di consultare le seguenti unità archivistiche:

in visione in copia in fotocoproduzione

Motivo della richiesta ed utilizzo:

Documentazione da allegare (C.I. in corso di validità)

Luogo e data _____

Firma del richiedente

Il rilascio di copie è soggetto al pagamento di un rimborso spese (cf. Regolamento art. 44 capo quinto).

SERVIZIO ARCHIVISTICO _____

Resp.le dell'archivio storico e di deposito: prof. Giuseppe Aromando

Data e ora in cui verrà consentito l'accesso alla sala studio per la consultazione richiesta:

Il modulo va presentato all'ufficio di protocollo (aperto al pubblico da lunedì a venerdì dalle ore 11:00 alle 13:00)

Riferimenti normativi: Lg 241/90; D.Lgs. 490/1999 e il D.Lgs. 42/2004