

**RICHIESTA DI CONSULTAZIONE DOCUMENTI
PRESSO L'ARCHIVIO STORICO O DI DEPOSITO
DEL COMUNE DI GALLIATE
Provincia di Novara**

cognome _____

nome _____

nato a _____

il _____

residente in _____

via _____

e-mail _____

tel. _____

Richiede di consultare le seguenti unità archivistiche:

in visione in copia fotoriproduzione

Motivo della richiesta ed utilizzo:

Documentazione allegata:

Firma del richiedente

(luogo e data)

Il rilascio di copie è soggetto al pagamento di un rimborso spese.

Unità operativa:

Settore Demografico

Responsabili del procedimento di accesso per
motivi di studio e ricerca:

archivio storico: Dott.ssa Silvia DALLA PIAZZA
archivio di deposito: Dott.ssa Silvia DALLA PIAZZA

Data e ora in cui verrà consentito l'accesso all'archivio: _____