

**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 Licia STARA  
archivio di deposito: dott.ssa Licia STARA

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