

ALLA PREFETTURA DI

II/la sottoscritto/a

nato/a a

il

documento di identità

domiciliato in

via

Tel.

e mail

Titolo di studio/Professione

Sede di lavoro

con recapito in

Via

Chiede per motivi di studio inerenti al seguente argomento:

di essere autorizzato/a a consultare i seguenti documenti appartenenti all'Archivio (1)

(2) _____

Lo/a scrivente si dichiara consapevole di quanto previsto all'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci.

Si impegna altresì al rispetto del D.Lgs. 196/2003, per cui i dati personali vanno trattati, mediante elaborazioni manuali e strumenti informatici, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei medesimi.

Data

FIRMA

VISTO in data

SI ESPRIME PARERE _____

**IL SOPRINTENDENTE ARCHIVISTICO
DELLA SARDEGNA**

(1) **Indicare la denominazione dell'Archivio.**

(2) **Indicare i pezzi archivistici e la loro eventuale segnatura.**