

**RICHIESTA DI CONSULTAZIONE DOCUMENTI PRESSO
L'ARCHIVIO STORICO O DI DEPOSITO DEL COMUNE DI
VADO LIGURE**

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

residente in _____ Via _____

tel. _____ E-Mail _____

Richiede di consultare le seguenti unità archivistiche:

in visione in copia fotocoproduzione

Motivo della richiesta e utilizzo:

Documentazione allegata:

Il rilascio di copie è soggetto al pagamento di un rimborso spese come di seguito:

Fotocopia o stampa copia cartacea: € 0,25 per ogni foglio formato A4; € 0,50 per ogni foglio formato A3

Formati maggiori o diversi eseguiti presso ditte private € 1,00 per ogni copia

Invio via fax € 1,30 a pagina

Invio via e-mail € 0,25 per ogni pagina allegata

Dichiara altresì di aver preso visione dell'Informativa sulla Privacy prevista dal D.Lgs 196/2003 che si allega firmata alla presente

(luogo e data)

Firma