



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Biblioteca del Dipartimento di Fisica

Archivi personali dei Fisici

Il/la sottoscritto/a nato/a a

il nazionalità

residente in via/piazza..... n.....

tel..... email.....

doc. d'identità/patente n.

codice fiscale

titolo di studio

professione o qualifica

chiede di essere autorizzato/a alla consultazione dei documenti dell'Archivio
.....

per una ricerca relativa

a.....

Il sottoscritto si impegna a consegnare alla biblioteca del Dipartimento una copia del proprio lavoro se pubblicato ovvero una copia dei dattiloscritti, elenchi, schedari, ecc. qualora si tratti di lavori non destinati alla pubblicazione.

Data

Firma.....

Il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO (GDPR)

Numero di iscrizione in biblioteca (Sebina).....