



DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA CONSULTAZIONE

FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO
BENI CULTURALI

N° TESSERA / 20XX

Il sottoscritto

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita, M , F

Residenza: Città.....cap.....,via.....n.....

tel., e-mail

Domicilio provvisorio: Città.....cap.....,via.....n.....

tel.

Cittadinanza (se non italiana)

Documento d'identità: Tipo, n., rilasciato da

Titolo di studio

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>licenza</i> | <input type="checkbox"/> <i>maturità</i> | <input type="checkbox"/> <i>diploma univ. / laurea breve</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>laurea / l. specialistica</i> | <input type="checkbox"/> <i>dottorato – master</i> | <input type="checkbox"/> <i>altro</i> |

Professione

chiede di accedere alla sala di studio dell'Archivio Storico per l'anno **20XX**

Scopo

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>esercitazione per esame</i> | <input type="checkbox"/> <i>tesi di laurea</i> | <input type="checkbox"/> <i>tesi di dottorato / specializz.</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>ricerca amministrativa</i> | <input type="checkbox"/> <i>pubblicazione</i> | <input type="checkbox"/> <i>altro (specificare)</i> |

Argomento della ricerca (titolo esatto):

.....

Università o Ente

Cattedra Docente che segue la ricerca





Si informa che la raccolta dei dati avviene esclusivamente per finalità proprie dell'Amministrazione (tutela dell'integrità del proprio patrimonio culturale in occasione di accesso di terzi all'Archivio), senza alcuna comunicazione o diffusione dei medesimi. I dati qui raccolti saranno conservati, dall'Archivio dell'Ospedale Maggiore di Milano, nel rispetto del D.Lgs 10 agosto 2018 n. 101.

* Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa e di dare il proprio consenso alla raccolta dei dati personali.

* Il sottoscritto dichiara di conformarsi al *Regole deontologiche per il trattamento a fini di archiviazione nel pubblico interesse o per scopi di ricerca storica pubblicate ai sensi dell'art. 20, comma 4, del d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101 - 19 dicembre 2018.*

* Il sottoscritto si impegna a far pervenire alla Direzione di questo Archivio Storico copia di eventuali pubblicazioni o elaborati per le quali sia stato utilizzato materiale documentario.

Data della iscrizione:

FIRMA

.....

Visto per l'autorizzazione:

.....

FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO
BENI CULTURALI

Il sottoscritto

Cognome e Nome

chiede di poter riprodurre con mezzi propri i documenti sotto elencati

dichiara di avvalersi delle riproduzioni unicamente per uso personale e a scopo di studio

si impegna a far pervenire alla Direzione di questo Archivio Storico copia delle immagini

Data:

FIRMA

.....

