

**MINISTERO DELLA CULTURA**

ARCHIVIO DI STATO DI PIACENZA

Palazzo Farnese, Piazza Cittadella, 29 – 29121 Piacenza

Telefono 0523-338521- e-mail: as-pc.salastudio@cultura.gov.it

**Riservato all'ufficio**

Protocollo n. ....

Vedi .....

**RICERCHE PER USO AMMINISTRATIVO**

(Rif. norm. art.84, R.D. 2.10.1911, n.1163)

*(scrivere in stampatello o in modo chiaramente leggibile)*

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a.....  
 il (gg/mm/aaaa) ..... cittadinanza .....  
 residente a.....via/piazza.....  
 recapito telefonico ..... email .....

Documento d'identità (tipo e numero) .....  
 rilasciato da (ente e data) .....

**CHIEDE****di essere autorizzato alla consultazione dei seguenti documenti****Fondo o serie:**.....**Unità archivistiche** (mappe o sezioni, buste, registri, volumi, ecc.) .....

per il seguente scopo:

- Visura catastale
- Visura atti patrimoniali (es. successioni)
- Visura di documenti per ricostruzione carriera a fini pensionistici (esente da bollo)
- Altra ricerca a fini amministrativi o legali (specificare) .....

*Il/La sottoscritto/a dichiara di non aver subito condanne, di non trovarsi in una delle incapacità che importino la perdita dei diritti elettorali e politici e di non essere stato escluso dalle sale di lettura di archivi o biblioteche. Il/La sottoscritto/a si impegna a rispettare tutte le disposizioni contenute nel Regolamento della sala di studio e a sottoscrivere il Codice di deontologia e di buona condotta per il trattamento di dati personali per scopi storici (Provvedimento del Garante n. 8/P/2001 del 14 marzo 2001, Gazzetta Ufficiale 5 aprile 2001, n. 80). Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali, svolto con o senza l'ausilio di mezzi informatici per i soli fini istituzionali connessi all'esercizio della disciplina che regola i rapporti tra Archivio e utenti, ai sensi del GDPR - Regolamento UE n. 2016/679. I dati personali non saranno oggetto di diffusione. Il preposto al trattamento dei dati è il Direttore dell'Archivio di Stato di Piacenza. Il conferimento dei dati personali ha natura obbligatoria; il rifiuto comporta l'esclusione dai servizi dell'Istituto. Il/La sottoscritto/a autorizza l'invio di comunicazioni da parte dell'istituto (eventi, giorni di chiusura, modifica orari ecc.).*

Data .....

Firma .....

**a cura dell'ufficio**

VISTO: Si autorizza la consultazione dei documenti sopra indicati

Data .....

Il Direttore o il Responsabile .....