

**RICHIESTA DI CONSULTAZIONE DOCUMENTI  
PRESSO L'ARCHIVIO STORICO O DI DEPOSITO  
DEL COMUNE DI GALLIATE  
Provincia di Novara**

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

Richiede di consultare le seguenti unità archivistiche:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

in visione       in copia       fotocopiazione

Motivo della richiesta ed utilizzo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Documentazione allegata:

\_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

(luogo e data)

\_\_\_\_\_

Il rilascio di copie è soggetto al pagamento di un rimborso spese.

Unità operativa:

Settore Demografico

Responsabili del procedimento di accesso per  
motivi di studio e ricerca:

archivio storico: Dott.ssa Silvia DALLA PIAZZA  
archivio di deposito: Dott.ssa Silvia DALLA PIAZZA

Data e ora in cui verrà consentito l'accesso all'archivio: \_\_\_\_\_