



RICHIESTA CONSULTAZIONE

NOME E COGNOME _____

INDIRIZZO _____

TELEFONO _____

E-MAIL _____

CHIEDE IN CONSULTAZIONE I SEGUENTI DOCUMENTI

DENOMINAZIONE COOPERATIVA _____

TIPO DI DOCUMENTO E SEGNATURA _____

DENOMINAZIONE COOPERATIVA _____

TIPO DI DOCUMENTO E SEGNATURA _____

DENOMINAZIONE COOPERATIVA _____

TIPO DI DOCUMENTO E SEGNATURA _____

DENOMINAZIONE COOPERATIVA _____

TIPO DI DOCUMENTO E SEGNATURA _____

data _____

il richiedente (firma leggibile) _____

RICHIESTA FOTORIPRODUZIONI

NOME E COGNOME _____

INDIRIZZO _____

TELEFONO _____

E-MAIL _____

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE ALLA RIPRODUZIONE DEI DOCUMENTI DELL'ARCHIVIO STORICO DI UNICOOP FIRENZE PER

STUDIO PRIVATO PUBBLICAZIONE _____

SI INDICHI CON PRECISIONE LA SEGNATURA DELLA DOCUMENTAZIONE
E IL NUMERO DELLE PAGINE DA RIPRODURRE, SERVENDOSI DELL'INVENTARIO A DISPOSIZIONE IN SALA DI STUDIO O CHIEDENDO
CHIARIMENTI AL RESPONSABILE.

DOCUMENTI RICHIESTI

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

8 _____

9 _____

10 _____

NOTA GLI UTENTI, PER TUTTE LE QUESTIONI SULLE FOTORIPRODUZIONI E, IN PARTICOLARE PER LE MODALITÀ
DI CONSEGNA DEI MATERIALI RIPRODOTTI, PRENDERANNO ACCORDI CON L'ADDETTO DI ARCHIVIO.
IN CASO DI PUBBLICAZIONE L'ADDETTO INOLTRETTÀ LA RICHIESTA AL RESPONSABILE DELL'ARCHIVIO
PER AVERNE CONSENSO UFFICIALE.

data _____

il richiedente (firma leggibile) _____

il responsabile dell'Archivio _____



CONCESSIONE UTILIZZO IMMAGINI

NOME E COGNOME _____

INDIRIZZO _____

TELEFONO _____

E-MAIL _____

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE A PUBBLICARE

A MEZZO STAMPA O SU SUPPORTO MULTIMEDIALE/ELETTRONICO
A SCOPO EDITORIALE, SCIENTIFICO, DIVULGATIVO

A MEZZO STAMPA O SU SUPPORTO MULTIMEDIALE
A SCOPO DI ESPOSIZIONE PER MOSTRE

LE IMMAGINI DEI SEGUENTI DOCUMENTI

RIPORTARE LA SEGNAZIONE COMPLETA INDICANDO IL FONDO, LA SERIE, IL NUMERO DELL'UNITÀ,
ELENANDO LE SINGOLE PAGINE.

DOCUMENTI RICHIESTI 1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

8 _____

9 _____

10 _____

data _____

il richiedente (firma leggibile) _____

il responsabile dell'Archivio _____

CONCESSIONE UTILIZZO IMMAGINI

NOME E COGNOME _____
LUOGO E DATA DI NASCITA _____
INDIRIZZO _____
PROFESSIONE _____
DOCUMENTO IDENTITÀ _____
TELEFONO _____
E-MAIL _____

CHIEDE DI CONSULTARE L'ARCHIVIO STORICO DI UNICOOP FIRENZE

OGGETTO DELLA RICERCA _____
EPOCA DEI DOCUMENTI _____
MOTIVO DELLA RICERCA _____

(RAGIONI DI STUDIO, TESI DI LAUREA, RICERCHE DI SEMINARIO, INTERESSE PERSONALE, ETC.)

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI NON ESSERE STATO ESCLUSO DALLE SALE DI LETTURA DI ARCHIVI E BIBLIOTECHE.
IL RICHIEDENTE HA LA RESPONSABILITÀ PENALE E CIVILE PER REATI O DANNI DERIVANTI A PERSONE E AD ENTI DALLA DIFFUSIONE DELLE NOTIZIE DI CARATTERE RISERVATO CONTENUTE NEI DOCUMENTI CONSULTATI, IN PARTICOLARE IL RICHIEDENTE SI IMPEGNA A RISPETTARE LE REGOLE E LE CONDIZIONI PREVISTE DAL "CODICE DI DEONTOLOGIA E DI BUONA CONDOTTA PER I TRATTAMENTI DI DATI PERSONALI PER SCOPI STORICI" ALLEGATO AL "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI" (D.LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196) A TUTELA DEI DIRITTI, DELLE LIBERTÀ FONDAMENTALI E DELLA DIGNITÀ DELLE PERSONE INTERESSATE.
IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA INOLTRE A FARE PERVENIRE ALL'ASUF COPIA DELLA TESI DI LAUREA O DOTTORATO ED EVENTUALI PUBBLICAZIONI PER LE QUALI SI SIA FATTO USO DELLA DOCUMENTAZIONE CONSULTATA.

data _____

il richiedente (firma leggibile) _____

INFORMAZIONI CIRCA IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

AI SENSI DEL D. LGS. 30 GIUGNO 2003 N. 196, SI RENDE NOTO CHE I DATI PERSONALI SONO TRATTATI NELL'AMBITO DELL'ATTIVITÀ ISTITUZIONALE CONCERNENTE LA VIGILANZA SUGLI ARCHIVI PUBBLICI E PRIVATI PRESENTI NEL TERRITORIO DI COMPETENZA E CHE IN RELAZIONE ALLE INDICATE FINALITÀ, IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI AVVIENE MEDIANTE ELABORAZIONI MANUALI E STRUMENTI INFORMATICI CON LOGICHE STRETTAMENTE CORRELATE ALLE FINALITÀ STESSA ED IN MODO DA GARANTIRE LA SICUREZZA E LA RISERVATEZZA DEI MEDESIMI.