

ARCHIVIO STORICO DEL PATRIARCATO DI VENEZIA

Al Direttore
dell'Archivio storico
del Patriarcato di Venezia

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ___/___/___ cittadinanza _____

residente in _____ cap. _____ via _____

tel./cell. _____ e-mail _____ @ _____

titolo di studio _____ professione _____

CHIEDE

di poter effettuare riprese fotografiche per motivi di studio del materiale indicato sul retro.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di:

- impegnarsi a non duplicare, utilizzare per fini di lucro, diffondere o divulgare al pubblico le riproduzioni dei documenti;
- impegnarsi a presentare la preventiva richiesta di autorizzazione all'Ufficio Beni Culturali della Curia Patriarcale qualora le riproduzioni vengano pubblicate in periodici, monografie, CD/DVD, siti web o altro supporto e modalità, o comunque utilizzate;
- di aver ricevuto, compreso e sottoscritto al momento dell'iscrizione alla Sala studio l'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento europeo sulla protezione dei dati n. 2016/679 (GDPR).

Data,

Firma

ARCHIVIO STORICO DEL PATRIARCATO DI VENEZIA

Si autorizza la riproduzione

Data

Visto: IL DIRETTORE

ARCHIVIO STORICO DEL PATRIARCATO DI VENEZIA

Segnatura/Collocazione _____

Segnatura/Collocazione _____