

ARCHIVIO STORICO COMUNE DI CASTELLAZZO BORMIDA (A S C C B)

Al Comune di Castellazzo Bormida
Via XXV Aprile n. 108
15073 Castellazzo Bormida

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente in _____ (____) cap. _____
via _____ n. _____
tel. _____ e mail _____
☐ studente
☐ di professione _____

CHIEDE DI POTER:

- ☐ consultare carte e documenti
- ☐ prendere visione delle mappe

(singolarmente annotate al momento della consultazione)

dell'Archivio Storico del Comune di Castellazzo Bormida (A S C C B) relativi a:

per motivi _____

concorda la consultazione per il giorno _____ alle ore _____

documento di identità _____

_____ lì _____

Firma

Visto:
si autorizza

_____ lì _____

Firma
