

VERSAMENTO ARCHIVI PRIVATI

La/Il sottoscritta/o _____

Residente a _____ via/corso _____

Tel. _____ indirizzo e-mail _____

dona all'Archivio Ebraico Terracini i documenti e i materiali di cui all'elenco allegato e chiede che siano archiviati con il nome della/e famiglia/e _____

Dichiara di aver preso visione del Regolamento dell'Archivio datato 2 settembre 2015 e di accettarne il contenuto.

Torino,

Firma

La/Il sottoscritta/o chiede inoltre che i documenti sottoelencati siano sottoposti a particolari condizioni per la consultazione.

Documenti:

Condizioni:
