

DA RIPORTARE SU CARTA INTESTATA DEL DIPARTIMENTO O DEL CENTRO

Al Dottorando/Assegnista/Borsista/
Altro personale inserito nelle attività di ricerca

Alla Responsabile del Sistema Bibliotecario

e, p.c. *Al Direttore del Dipartimento*
e/o
Al Responsabile del Centro

Il sottoscritto Prof./Dr. _____ del

Dipartimento/Centro _____ dell'Università di Verona

AUTORIZZA

Il Dott.

(Nome)

La Dott.ssa

(Cognome)

residente a _____

(indicare indirizzo completo: Via-N.ro civico-C.a.p.-Città-Provincia-Stato)

a frequentare la Biblioteca

_____.

per poter consultare fonti non altrimenti fruibili inerenti alla propria attività di ricerca.

nel periodo dal _____ al _____ .

Nota bene: l'accesso alle biblioteche specialistiche va concordato via e-mail con la/il referente della biblioteca presso il Dipartimento (info alla pagina <https://www.univr.it/it/i-nostri-servizi/avvisi/-/avviso-servizio/1858>).

Verona, _____

Il Responsabile della ricerca

Prof./Dr. _____