



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE, BENI CULTURALI,
INFORMAZIONE, SPETTACOLO E SPORT

Servizio biblioteca e archivio storico

Richiesta di Document Delivery

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Residente in _____

Domiciliato in _____

Tel./cell. _____ e-mail _____

Professione _____

CHIEDE la fornitura del seguente documento, non posseduto dalle biblioteche della città di Cagliari

Titolo della rivista _____

Autore dell'articolo _____

Titolo dell'articolo _____

Anno _____ **Vol.** _____ **Nr.** _____ **Pag.** _____

e si impegna a farne un uso strettamente personale e unicamente a scopo di studio o ricerca, nel rispetto della normativa vigente.

Cagliari, _____ Firma _____

SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE ADDETTO AL DOCUMENT DELIVERY

Alla biblioteca

Tel.

Fax

e-mail