

Responsabile : Prof.ssa Lusignani Maura
Numero di telefono : 02 6444.2213
Email : archivistorico.scuola@ospedaleniguarda.it

ARCHIVIO STORICO SCUOLA INFERMIERI OSPEDALE NIGUARDA

Modulo di richiesta di autorizzazione a pubblicare

Al Direttore dell'Archivio Storico della scuola infermieri dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Il sottoscritto _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Fax _____

Email _____

- si astiene dal pubblicare dati analitici di interesse strettamente clinico e dal descrivere abitudini sessuali riferite ad una determinata persona identificata o identificabile
- si impegna a rispettare la sfera privata delle persone note o che abbiano esercitato funzioni pubbliche, l'utente può diffondere i dati personali se pertinenti e indispensabili alla ricerca e se gli stessi non ledono la dignità e la riservatezza delle persone
- dichiara che, a norma del D.M. 8-IV-94 citato, è esente dal pagamento dei diritti di riproduzione
- si impegna a citare per iscritto l'Archivio Storico della scuola infermieri presso il corso di Laurea in Infermieristica come istituto che conserva la documentazione, e a fare esplicito riferimento alla presente concessione, sia nel caso che i documenti vengano riprodotti in fac-simile parziale o totale, sia che vengano pubblicati nel testo o fuori testo.
- si impegna a consegnare a questo Archivio una copia o un estratto dell'opera in cui saranno inserite le riproduzioni, consapevole che la mancata consegna determina il rifiuto all'autorizzazione a pubblicare ulteriori documenti.
- dichiara che i dati raccolti sono trattati esclusivamente per attività di studio o ricerca eseguite con strumenti manuali, informatici e telematici;
- dichiara che i dati di carattere personale sono trattati in armonia con la legge e i regolamenti, con le modalità più opportune per favorire il rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità delle persone alle quali si riferiscono i dati trattati

Chiede di pubblicare i documenti sotto elencati nel volume (indicare la casa editrice) o nel periodico _____

Accetto le precedenti condizioni,

Luogo, data _____

Firma _____