

INTENTION DE DON D'ETUDE NON PUBLIEE

Auteur :

Titre :

Nature, lieu et date d'obtention du diplôme (éventuellement) :

Directeur d'étude :

Adresse de l'auteur :

Mél de l'auteur :

Je soussigné (e),....., auteur de l'étude ci-dessus mentionnée en autorise la consultation aux conditions suivantes :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Communication libre | <input type="checkbox"/> Reproduction libre |
| <input type="checkbox"/> Communication sur autorisation de ma part | <input type="checkbox"/> Reproduction sur autorisation de ma part |

Je prends acte que l'autorisation de communication et/ou de reproductions est valable pour 10 ans, délai au-delà duquel mon étude ci-dessus mentionnée deviendra librement communicable et reproductible.

Durant ce délai de 10 ans, je m'engage à signaler mes changements d'adresse, faute de quoi, les Archives départementales étant dans l'impossibilité de m'adresser toute demande d'autorisation de consultation, mon étude deviendrait immédiatement communicable.

Fait à _____, le _____

Signature