



Allegato 2.

LIBERATORIA PER UTILIZZO RIPRESE VIDEO E FOTOGRAFICHE

IO SOTTOSCRITTO _____, NATO A _____
IL _____ RESIDENTE A _____,
VIA _____ IN QUALITA' DI GENITORE ESERCENTE
LA POTESTA' SUL/LA FIGLIO/A _____ NATO/A
A _____ IL _____
RESIDENTE A _____ VIA _____.

AUTORIZZO

- a filmare mio/a figlio/a in occasione delle terapie riabilitative presso le strutture A. G. S. A. T.;
- ad utilizzare tale materiale a fini di ricerca, formazione (didattica) consulenza, eventi informativi (congresso).

Luogo e data _____

Firma _____

INFORMATIVA AGLI ASSOCIATI/UTENTI AI SENSI DELL'ART. 13 DL 196/2003 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALE" (allegato)
Finalità del trattamento (punto C)