



ORDINE DELLE OSTETRICHE DELLA PROVINCIA DI MODENA

41125 MODENA - Via San Remo n.49, angolo via Levante n.65 - tel. e fax: 059/223955

Email: ordineostetriche.mo@libero.it pec: ordineostetriche.mo@pec.it

LIBERATORIA/AUTORIZZAZIONE PER LA PUBBLICAZIONE DI FOTO E VIDEO

Il/La sottoscritto _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

C.F. _____

Con riferimento alle immagini (foto e video) scattate e/o riprese dal/la Signor/a

AUTORIZZA

A titolo gratuito, senza limiti di tempo, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore, alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma delle proprie immagini per il concorso _____ da parte dell'Ordine _____ su carta stampata e/o su qualsiasi mezzo di diffusione.

Luogo e Data: _____

In fede _____

Informativa per la pubblicazione dei dati

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003. Si informa che il trattamento dei dati personali, informa che i dati personali conferiti con la presente liberatoria saranno trattati con modalità cartacee e telematiche nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza; in tale ottica i dati forniti, ivi incluso il ritratto contenuto nelle fotografie suindicate, verranno utilizzati per le finalità strettamente connesse e strumentali alle attività come indicate nella su estesa liberatoria. Il conferimento del consenso al trattamento dei dati personali è facoltativo. In qualsiasi momento è possibile esercitare tutti i diritti indicati dall'articolo 7 del D. Lgs. n. 196/2003, in particolare la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati. Tali diritti potranno essere esercitati inviando comunicazione scritta.

presto il consenso

nego il consenso

Luogo e Data: _____

Firma (leggibile) _____



ORDINE DELLE OSTETRICHE DELLA PROVINCIA DI MODENA

41125 MODENA - Via San Remo n.49, angolo via Levante n.65 - tel. e fax: 059/223955

Email: ordineostetriche.mo@libero.it pec: ordineostetriche.mo@pec.it

AUTORIZZAZIONE PER LA PUBBLICAZIONE DI FOTOGRAFIE DI MINORI

Il sottoscritto _____ madre/tutrice legale del minore fotografato

nata a _____ il _____ e residente in _____

in via _____ n. _____ tel. _____

(si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità)

e _____ padre/tutore legale del minore fotografato

nato a _____ il _____ e residente in _____

in via _____ n. _____ tel. _____

(si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità)

in qualità di genitori/esercenti la potestà genitoriale di _____

(nome e cognome del minore fotografato)

Nato/a a _____ il _____ e residente in _____

via _____ n. _____

con la presente

AUTORIZZANO

A titolo gratuito, senza limiti di tempo, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 del cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941 n. 633, legge sul diritto d'autore, l'Ordine _____, con sede legale in _____, alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma delle fotografie ritraesti il citato minore _____,

per l'evento/concorso _____

Luogo e Data: _____

Firma (leggibile) _____

Firma (leggibile) _____