



Associazione
Italiana
Sindrome
Emiplegia
Alternante

**DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER FOTOGRAFIE E RIPRESE VIDEO
PER SOGGETTI MINORENNI, TUTELATI O AMMINISTRATI
(ai sensi del Regolamento UE 679/2016 - GDPR)**

Genitore Padre Legale rappresentante Tutore Amministratore di sostegno:

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Provincia _____

indirizzo _____

Madre/altro genitore:

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Provincia _____

indirizzo _____

AUTORIZZO

AUTORIZZIAMO

l'Associazione Italiana per la Sindrome di Emiplegia Alternante A.I.S.E.A. ETS, nella persona del Legale Rappresentante sig. Luca Fiorillo, all'utilizzo di fotografie e video contenenti l'immagine, il nome e la voce del minore/soggetto tutelato:

Cognome e nome _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ Provincia _____

indirizzo _____

per la produzione di documenti e materiale informativo, sia in forma cartacea (lettere di ringraziamento, depliant, ecc...) che in forma elettronica (*newsletter*, post sul sito web di A.I.S.E.A. e sulle pagine delle piattaforme *social media* gestite dall'Associazione).

La presente autorizzazione non consente l'uso del materiale in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro del soggetto rappresentato e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati.

Io sottoscritto/ noi sottoscritti confermo/ confermiamo di non avere nulla da pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato.

Associazione Italiana per la Sindrome di Emiplegia Alternante ETS

Partita IVA e codice fiscale 94017520134

Sede: Via Appia Nuova, 572 ed. B, sc. A, int. 2 – 00179 Roma

E-mail: info@aiseaets.org - PEC: aisea@poste-certificate.eu - Sito web: <https://www.aiseaets.org>

La presente autorizzazione potrà essere revocata in qualsiasi momento e senza necessità di fornire alcuna motivazione ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), artt. 15, 17 e 21.

Luogo e data

Firma del padre genitore leg. rappr.
tutore amm. di sostegno

Firma della madre/altro genitore

Compilare la sezione sottostante solo se l'autorizzazione è resa da un solo genitore:

Il sottoscritto/la sottoscritta _____
consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver sottoscritto la presente autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data

Firma del dichiarante

Cognome e nome dell'incaricato A.I.S.EA ETS

Data e firma dell'incaricato A.I.S.EA ETS

Associazione Italiana per la Sindrome di Emiplegia Alternante ETS

Partita IVA e codice fiscale 94017520134

Sede: Via Appia Nuova, 572 ed. B, sc. A, int. 2 – 00179 Roma

E-mail: info@aiseaets.org - PEC: aisea@poste-certificate.eu - Sito web: <https://www.aiseaets.org>