

AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO IMMAGINI

1. Io.....partecipante maggiorenne (cognome + nome)
2. Io.....genitore del minore (cognome + nome)

AUTORIZZO

Studio IN ad effettuare fotografie e video da utilizzare per scopi di documentazione, informazione, formazione, sensibilizzazione sui temi della ri-abilitazione, educazione, formazione in autonomia e mobilità della persona con disabilità visiva.

Studio In si impegna a consegnare, su richiesta, copia digitale del materiale prodotto.

Sono esclusi tutti gli scopi di lucro.

.....
...
Luogo e data

.....
...
firma

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi e per gli effetti del DLgs n. 196 del 30 giugno 2003, successive integrazioni e modificazioni.

.....
...
Luogo e data

.....
...
firma