

	MOD 003	RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	
	Revisione: 00 Data: _____._____._____	Approvazione: DIR	Data: _____._____._____

LIBERATORIA PER L'USO DELLE IMMAGINI

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____,

residente in _____ via

_____ n. _____, in qualità di ☐ diretto

interessato ☐ madre ☐ padre ☐ tutore legale

da compilare in caso di minore

e	
Io _____	sottoscritto/a
_____ nato/a a	
_____ il _____,	residente
in _____ via _____ n. _____,	in
qualità di ☐ madre ☐ padre	
genitori/tutore _____ legale _____ di	
_____ nato/a _____ a	
_____ il _____,	

acconsento, ai sensi degli artt. 10 e 320 cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22 aprile 1941, n. 633 (Legge sul diritto d'autore), all'utilizzo e alla pubblicazione delle immagini fotografiche e/o video riprese che ritraggono me stesso/a e/o

	MOD 003	RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	
	Revisione: 00 Data: _____.____.____	Approvazione: DIR _____ Data: _____.____.____	

il minore _____ per scopi istituzionali, promozionali e divulgativi.

In particolare, autorizzo:

TIVAN S.r.l., con sede in Battipaglia (SA) alla via Domodossola, 27, P.IVA: 02443460650, a utilizzare le suddette immagini per:

- tutte le attività promo - pubblicitarie di carattere sia istituzionale che commerciale dalla stessa organizzate, anche se in collaborazione con emittenti televisive e radiofoniche, siti internet, organizzatori di eventi didattici, formativi consistenti nell'utilizzazione del nome e/o del ritratto del minore per la realizzazione di: campagna stampa su testate italiane, quotidiani e periodici; campagna affissionale; videoclip da utilizzare su reti televisive, terrestri, satellitari e via cavo, sia free che a pagamento nonché su internet; videoclip da utilizzare in attività, anche a carattere commerciale, da voi poste in essere e di non avere nulla a pretendere per questo tipo di utilizzo per qualsivoglia titolo o ragione;
- pubblicazioni sul sito web ufficiale di TIVAN S.r.l. (www.....);
- pubblicazioni sui canali social ufficiali di TIVAN S.r.l. (es. Facebook, Instagram, Twitter);
- materiale informativo, pubblicitario e promozionale, sia in formato digitale che cartaceo.

La presente autorizzazione:

- È concessa a titolo gratuito.
- Ha durata illimitata e non prevede alcuna forma di compenso per me e/o il minore.
- È revocabile in qualsiasi momento mediante comunicazione scritta inviata a@gmail.com

Dichiaro inoltre:

	MOD 003	RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	
	Revisione: 00 Data: _____._____._____.	Approvazione: DIR	Data: _____._____._____.

- Di aver letto e compreso il contenuto della presente liberatoria.
- Di essere consapevole che le immagini potranno essere visibili a un pubblico indeterminato di utenti e TIVAN S.r.l. non potrà essere ritenuto responsabile di eventuali utilizzi da parte di terzi non autorizzati.
- Di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato.
- Di essere a conoscenza del fatto che, ai sensi dell'art. 13 del GDPR 2016/679 (Regolamento Europeo sulla Protezione dei Dati Personali), i dati personali raccolti verranno trattati esclusivamente per le finalità indicate e con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

Luogo e data

Firma dell'assistito/genitori/tutore

legale

Firma per accettazione del minore (se maggiore di 14
anni)

	MOD 003	RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	
	Revisione: 00 Data: _____.____.____	Approvazione: DIR _____ Data: _____.____.____	

INFORMATIVA PER LA PUBBLICAZIONE DEI DATI – AI SENSI DELL’ART.13 DEL REGOLAMENTO 2016/679 (GDPR)

TIVAN S.r.l., in qualità di Titolare del Trattamento, La informa che il trattamento dei 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, verranno utilizzati per le finalità strettamente connesse e strumentali alle attività come indicate nella su estesa liberatoria. Per le finalità sopra esposte, il trattamento specifico dei suoi dati personali, o dei dati personali di cui Lei ha la titolatità, avviene esclusivamente previo rilascio del Suo esplicito e libero consenso. Il Trattamento non avrà luogo senza il Suo consenso. In qualsiasi momento è possibile esercitare tutti i diritti indicati nel Capo III articoli dal 12 al 23 del suddetto Regolamento ovvero, art.12: Informazione, comunicazioni e modalità trasparenti per l’esercizio dei diritti dell’interessato; art.13; Informazioni da fornire qualora i dati personali siano raccolti presso l’interessato; art.14: Informazioni da fornire qualora i dati non siano stati ottenuti presso l’interessato; art.15: Diritto di accesso

	MOD 003	RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	
	Revisione: 00 Data: ____/____/____	Approvazione: DIR	Data: ____/____/____

dell'interessato; art.16: Diritto di rettifica; art.17: Diritto alla cancellazione (<<diritto all'oblio>>); art.18: Diritto di limitazione al trattamento; art.19: Obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento; art.20: Diritto alla portabilità dei dati; art.21: Diritto di opposizione; art.22: Processi decisionali automatizzati relativi alle persone fisiche, compresa la profilazione; art.23: Limitazione. L'indirizzo mail per l'esercizio dei diritti è:

Con la presente siamo quindi a considerarVi, sin da ora, informati sui trattamenti da noi effettuati.

_____, __/__/____

Firma del Genitore (o di chi ne fa le veci)

Presa visione si autorizza

Il Direttore Sanitario
Dott. Rocco Alessandro

Ricevuto in data _____

Per ricevuta

L'amministrazione
