



## **LIBERATORIA E CONSENSO ALL'UTILIZZO DI MATERIALE FOTOGRAFICO, VIDEO E AUDIO**

Il/la sottoscritto/a (in qualità di Interessato/a) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 10 del cod. civ. e degli artt. 96 e 97 della Legge 22 aprile 1941, n. 633 e acquisita piena conoscenza dell'Informativa ex art. 13 del Regolamento Europeo UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali

### **AUTORIZZA**

l'uso, la riproduzione e la pubblicazione con ogni mezzo tecnico delle proprie immagini (in qualsiasi forma di materiale audio, video o fotografica) in cui il sottoscritto appaia rappresentato o sia comunque riconoscibile, riprese

il giorno \_\_\_\_\_

presso (*indicare la struttura*) \_\_\_\_\_  
dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord.

Il materiale audio, foto e video potrà essere utilizzato e reso pubblico per ragioni scientifiche in sede di eventi formativi, congressi, seminari, pubblicazioni scientifiche ecc..

La posa e l'utilizzo delle immagini sono da considerarsi effettuate in forma del tutto gratuita e nel rispetto delle regole di correttezza, escludendone qualsiasi uso a fini di lucro e commerciali.

La presente autorizzazione non consente, in ogni caso, l'utilizzo del materiale audio, foto e video in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro della persona e comunque per un uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati.

In considerazione della circostanza che il predetto materiale, una volta reso pubblico, può essere oggetto di acquisizione e ripubblicazione da parte di terzi (anche senza il consenso dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord o del sottoscritto), l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord non risponde per l'eventuale uso abusivo o scorretto del materiale medesimo da parte di terzi.

La presente autorizzazione, pur avendo validità illimitata, potrà essere revocata in qualsiasi momento mediante comunicazione scritta all'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord, riportante espresso riferimento agli specifici contenuti dell'autorizzazione medesima.

Data \_\_\_\_\_

---

Firma del Soggetto Interessato

---

Firma del Professionista (nome e cognome per esteso)