

FACSIMILE

DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICAZIONE DI FOTO

Il/La sottoscritto/a Cognome _____

Nome _____

Nato/a a: _____ Prov. _____ Il _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n° _____

Codice Fiscale _____

Genitore o tutore legale del minorenne: Nome _____

AUTORIZZA

la pubblicazione delle proprie fotografie a titolo gratuito, senza limiti di tempo, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 Codice Civile e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633 (Legge sul diritto d'autore).

Autorizza pertanto il dr. Nome _____

a realizzare fotografie in occasione di visite e/o procedure operative odontoiatriche/di igiene dentale effettuate presso lo Studio (Denominazione) _____

sito in (Indirizzo) _____,

ai fini del relativo utilizzo e pubblicazione a scopo scientifico e didattico su riviste, social media, e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione e prende atto che la finalità di tali pubblicazioni sono di carattere unicamente informativo, scientifico e culturale e totalmente prive di riferimento a nomi o altri dati sensibili (D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali").

La presente liberatoria/autorizzazione non consente l'uso delle immagini per usi e/o fini diversi da quelli sopra indicati e potrà essere revocata in qualsiasi momento con comunicazione scritta da inviare via posta o e-mail.

Luogo e data: _____

In fede (firma) _____