



**LIBERATORIA per l'utilizzo
di IMMAGINI FOTOGRAFICHE e/o di
RIPRESE AUDIO/VIDEO
per finalità di comunicazione**

Gentile Signora/Signore,

per attività di comunicazione svolte dal Servizio Comunicazione e Ufficio stampa del Policlinico di Sant'Orsola, ovvero attività inerenti la promozione, senza scopo di lucro, delle attività del Policlinico su media, siti internet, social network e prodotti di comunicazione e informazione cartacei potrebbe essere utile l'effettuazione di:

riprese audio/video

immagini fotografiche

Lei è libera/o di accettare o meno tale proposta e, a tal fine, La preghiamo di apporre la Sua firma in fondo a questo foglio.

A tal proposito, La informiamo che le immagini/foto/video che La riguardano verranno utilizzate esclusivamente per la finalità sopra specificata e successivamente saranno archiviate e custodite in stretta osservanza della normativa vigente in tema di tutela della riservatezza dei dati personali e sensibili (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679).

La informiamo che il materiale prodotto potrà essere utilizzato per realizzare materiale informativo-divulgativo connesso all'attività istituzionale dell'Azienda (ad. es. pubblicazione di articoli su stampa locale o nazionale, pubblicazione sul profilo Facebook ufficiale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S. Orsola Malpighi).

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____ n. _____ cap _____

in qualità di

diretto interessato

esercente la responsabilità genitoriale sul minore di seguito identificato (*)

tutore o curatore o amministratore di sostegno di persona non in possesso della capacità di agire di seguito identificata (*)

medico che attesta lo stato di impedimento del paziente di seguito identificato (*) e l'assenza di legali rappresentanti del medesimo

(*) nome e cognome _____ nato il _____ a _____

DICHIARO

✓ di aver compreso l'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo UE 2016/679

✓ di autorizzare l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S.Orsola Malpighi ad utilizzare gratuitamente le immagini video/foto che mi riguardano;

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

all'effettuazione di immagini fotografiche e/o riprese audio/video con finalità inerenti la promozione delle attività del Policlinico, senza scopo di lucro, su media, siti internet, social network e prodotti di comunicazione e informazione cartacei

Data _____

Firma _____

Il **Titolare** del trattamento dei dati è l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S. Orsola Malpighi

Il **Referente Aziendale Privacy** identificato dal Titolare relativamente al trattamento dei dati esplicitato nella presente liberatoria è il Referente del Servizio Comunicazione e Ufficio stampa del Policlinico di Sant'Orsola

Le ricordiamo infine, che potrà esercitare i diritti riportati negli artt. 15 – 22 del Regolamento Europeo UE 2016/679