



AGAL - Associazione Genitori e Amici del Bambino Leucemico

“Una foto per AGAL”

SCHEDA DI PARTECIPAZIONE PER MAGGIORENNI

Il/la sottoscritt*

Documento di identità (Carta d'identità nr.)

Nat* il/...../..... a Prov.

Email..... Cellulare

Desidera partecipare a “Una foto per AGAL” 2023, organizzato da Associazione AGAL di Pavia.

Le informazioni fornite verranno utilizzate per inviare comunicazioni relative al concorso e/o a successive iniziative similari promosse dall'Associazione AGAL.

Il/la sottoscritto/a

Dichiara di essere maggiorenne e di acconsentire al trattamento dei dati in conformità a quanto previsto dall'art. 10 della legge 675/96, “Tutela delle persone e altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”, dal D. Lgs 196/2003, dall'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, e successive modificazioni e integrazioni; tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza.

Dichiara di aver preso visione del regolamento disponibile sul sito www.associazioneagal.org e di accettare senza riserve le condizioni previste dalle disposizioni regolamentari del concorso, autorizzando AGAL a pubblicare sui propri canali social la foto inviata e a inserirla in future pubblicazioni editoriali e/o mostre senza fini di lucro.

Luogo _____, Data _____

Firma _____



AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICAZIONE DI PRODUZIONE ARTISTICHE E DIDATTICHE

Con la presente io sottoscritto/a

Nato/a a il.....

AUTORIZZO

a titolo gratuito, senza limiti di tempo, anche ai sensi e per gli effetti degli artt. 10 e 320 del Codice Civile, degli artt. 107/110 CAPO II “Trasmissione dei diritti di utilizzazione”, Sez. I “Norme Generali”, e degli artt. 118/135 sez. III “Contratti di edizione”, della legge 22.4.1941 n. 633 “Protezione del diritto d’autore e di altri diritti connessi al suo esercizio”, AGAL - Associazione Genitori e Amici del Bambino Leucemico o affetto da altre neoplasie - OdV, con sede legale c/o Clinica Pediatrica, Piano terra - IRCCS Policlinico San Matteo, P.le Golgi n. 2 - 27100 Pavia, alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma delle fotografie da me inviate per il concorso “Una foto per AGAL” e alla riproduzione in occasione di iniziative dell’Associazione Genitori e Amici del Bambino Leucemico o affetto da altre neoplasie - OdV (ivi compresi quelli relativi al progetto “Una foto per AGAL”) e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione. Autorizzo altresì, la conservazione delle foto e delle mie produzioni artistiche negli archivi di AGAL.

DICHIARO

che i soggetti rappresentati nelle immagini da me presentate al concorso “Una foto per AGAL” hanno espresso il proprio consenso ad essere fotografati e che per i soggetti minorenni mi è stata fornita la necessaria autorizzazione sottoscritta da entrambi i soggetti esercenti la potestà genitoriale. **Sono consapevole che AGAL non si assume responsabilità in eventuali controversie derivanti dalla mancanza delle corrette autorizzazioni.**

La presente liberatoria/autorizzazione potrà essere revocata in ogni momento con comunicazione scritta da inviare a AGAL Associazione Genitori e Amici del Bambino Leucemico o affetto da altre neoplasie - OdV con sede legale c/o Clinica Pediatrica, Piano terra - IRCCS Policlinico San Matteo, P.le Golgi n. 2 - 27100 Pavia o via email a info@associazioneagal.org

Luogo _____, Data _____

Firma _____

IN VIA QUESTO DOCUMENTO COMPILATO E FIRMATO ENTRO IL 22 MAGGIO 2023

A: unafotoperagal@gmail.com allegandolo alla foto partecipante.