



CONCORSO FOTOGRAFICO ASL BARI
“Female Independence – Libera...mente”

SCHEMA DI PARTECIPAZIONE

Il sottoscritto, _____,

Luogo e data di nascita _____,

residente in _____,

Indirizzo _____,

recapito telefonico _____,

cod. fisc. _____,

indirizzo mail _____,

con la presente chiede di partecipare al Concorso Fotografico “Female Independence – Libera...mente” bandito dalla ASL Bari, inserito tra le iniziative dell’”H-Open day sulla salute mentale al femminile” dell’Osservatorio Nazionale ONDA, con l’_seguent_ _oper_ :

Foto n.	Titolo dell’opera
1	
2	

Pertanto dichiara:

- 1) Di possedere l’assoluta proprietà dell’_immagin_ _presentat_ , in ogni parte, di garantirne l’originalità, poiché frutto del proprio ingegno esclusivo;
- 2) Di concedere a titolo gratuito il diritto di riproduzione, pubblicazione e diffusione dell’_immagin_ _presentat_ all’ASL BARI, escludendo finalità aventi fini di lucro;
- 3) Di aver letto e di accettare incondizionatamente quanto previsto dal Regolamento del Concorso;
- 4) Di autorizzare gli organizzatori ed eventuali terzi incaricati, ai sensi della Legge n.675/96 e del D.L. 196/03, al trattamento dei propri dati personali per le finalità e per gli adempimenti necessari alle procedure e attività annesse e derivanti dal Concorso.
- 5) Di sollevare gli organizzatori e la ASL da qualsiasi richiesta avanzata da terzi in merito a titolarità dei diritti delle persone rappresentate e da ogni altro diritto connesso all’_foto_ _inviat_ .

Allega copia del documento di identità e (eventuale) n_ _“liberatoria e consenso privacy” a firma dei soggetti rappresentati.

_____ lì _____

Firma dell’autore

Liberatoria e Consenso Privacy **per la pubblicazione delle proprie immagini**



Il sottoscritto **COGNOME NOME** nato in **COMUNENASCITA (ZZ)** in data **XX/XX/XXXX** e residente in **VIA CASAMIA N. 999** in **MIOCOMUNERESIDENZA (ZZ)** - Codice Fiscale **TTTQQQCCHDDZ999Z** con la presente

AUTORIZZA L'ASL BARI

all'utilizzo della/e propria/e immagine/i, inviata/e nell'ambito del Concorso Fotografico "**Female independence** – Libera...mente" anno 2016, per l'esposizione al pubblico, per la pubblicazione sul sito internet ASL ed eventualmente per la riproduzione e diffusione su riviste, tv, siti web, etc., per soli scopi connessi all'iniziativa e alle finalità aziendali.

La presente autorizzazione non consente l'uso dell'immagine del sottoscritto in contesti che pregiudichino la propria dignità personale ed il proprio decoro e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati.

Il/la sottoscritto/a conferma 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.

_____ (si allega copia del documento di identità)

Firma Leggibile del Soggetto Ripreso

Informativa sulla Privacy

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, i dati personali che la riguardano saranno trattati per lo svolgimento delle attività autorizzate sopra descritte, sempre al fine del perseguimento delle finalità indicate. In relazione ai dati conferiti Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003: conferma dell'esistenza dei dati, origine, finalità, aggiornamento, cancellazione e diritto di opposizione. Per esercitare tali diritti dovrà rivolgersi al Titolare del Trattamento dei Dati Personali ASL BARI. La mancata apposizione del consenso preclude totalmente la prosecuzione dei servizi.

DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO

_____, li _____

Firma Leggibile del Soggetto Ripreso