

## DICHIARAZIONE LIBERATORIA / AUTORIZZAZIONE PER LA PUBBLICAZIONE DI RIPRESE AUDIO VIDEO FOTOGRAFICHE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

in qualità di: PADRE \_ MADRE \_ TUTORE \_

esercente la potestà parentale sul minore:

Nome e cognome: \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

riguardo al quale si segnala (indicare eventuali allergie, intolleranze e assunzione di farmaci): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### AUTORIZZO

il suddetto minore a partecipare alle attività organizzate dall'Associazione Mission Network nell'ambito del progetto Florence Leadership Academy. Dichiaro di essere a conoscenza delle norme vigenti relative alla responsabilità ed esonero contestualmente l'Associazione Mission Network da ogni responsabilità civile per eventuali infortuni e/o danni.

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

### DICHIARO

di aver letto e compreso l'informativa dell'Associazione Mission Network, allegata alla scheda di iscrizione all'Attività, e di essere consapevole che il consenso è presunto ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. d) GDPR e che qualora dal mancato conferimento dei dati sanitari dovessero derivare conseguenze pregiudizievoli per il minore nessun addebito potrà essere mosso all'AMN.

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

AUTORIZZO  NON AUTORIZZO

al trattamento di immagini (fotografie, filmati, interviste) proprie e del minore realizzate in occasione dell'Attività, esclusivamente per finalità non lucrative volte alla promozione delle iniziative dell'AMN, mediante pubblicazione su riviste, anche telematiche, siti web e/o social network.

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_