



**Liberatoria per l'utilizzo di immagini foto, audio, video e/o altri materiali ritraenti soggetti minorenni ovvero sottoposti a tutela, curatela, amministrazione di sostegno**

**NB: ogni dato richiesto dal presente modulo è da considerarsi obbligatorio per le finalità trattate**

1	<p>Il/la sottoscritto/a esercente la potestà genitoriale in qualità di  <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Tutore <input type="checkbox"/> Curatore <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno</p> <p>Cognome _____ Nome _____</p> <p>Nato/a il __ / __ / ____ a _____ provincia di _____</p> <p>Residente a _____ Indirizzo _____ provincia di _____</p> <p>Documento di identità: <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Patente di guida</p> <p>Numero _____ Emesso da _____ in data _____</p> <p>Codice Fiscale _____</p>
---	--

2	<p>Il/la sottoscritto/a esercente la potestà genitoriale in qualità di  <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Tutore <input type="checkbox"/> Curatore <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno</p> <p>Cognome _____ Nome _____</p> <p>Nato/a il __ / __ / ____ a _____ provincia di _____</p> <p>Residente a _____ Indirizzo _____ provincia di _____</p> <p>Documento di identità: <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Patente di guida</p> <p>Numero _____ Emesso da _____ in data _____</p> <p>Codice Fiscale _____</p>
---	--

**AUTORIZZANO**

affinché il/la minore di seguito

1	Cognome _____ Nome _____ Nato/a il __ / __ / ____ a _____ provincia di _____ Residente a _____ Indirizzo _____ provincia di _____  Documento di identità: <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Passaporto Numero _____ Emesso da _____ in data _____ Codice Fiscale _____
---	---

2	Cognome _____ Nome _____ Nato/a il __ / __ / ____ a _____ provincia di _____ Residente a _____ Indirizzo _____ provincia di _____  Documento di identità: <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Passaporto Numero _____ Emesso da _____ in data _____ Codice Fiscale _____
---	---

3	Cognome _____ Nome _____ Nato/a il __ / __ / ____ a _____ provincia di _____ Residente a _____ Indirizzo _____ provincia di _____  Documento di identità: <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Passaporto Numero _____ Emesso da _____ in data _____ Codice Fiscale _____
---	---



4	Cognome _____ Nome _____ Nato/a il __ / __ / ____ a _____ provincia di _____ Residente a _____ Indirizzo _____ provincia di _____  Documento di identità: <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Passaporto Numero _____ Emesso da _____ in data _____ Codice Fiscale _____
---	---

5	Cognome _____ Nome _____ Nato/a il __ / __ / ____ a _____ provincia di _____ Residente a _____ Indirizzo _____ provincia di _____  Documento di identità: <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Passaporto Numero _____ Emesso da _____ in data _____ Codice Fiscale _____
---	---

prenda parte ad eventi strettamente connessi all'attività associativa, come da Statuto ed Informativa sui Dati Personali liberamente sottoscritta ed accettata, organizzati da Associazione per lo Studio delle Atrofie Muscolari Spinali Infantili ONLUS e che durante tali occasioni lo stesso minore potrà essere oggetto di fotografie, registrazioni audio, videoriprese e raccolta di immagini (il tutto di seguito richiamato anche solo come "**repertorio**").

La sottoscrizione del presente documento esprime il pieno consenso alla possibile diffusione dei materiali sul sito Web <https://www.asamsi.org> ed eventuali altri siti Web, reti TV ed ogni altro soggetto coinvolto per finalità di informazione nel pieno rispetto delle leggi, del decoro e della persona.



Tale autorizzazione può essere modificata o revocata in qualunque momento, facendone precisa richiesta a mezzo raccomandata indirizzata a:

*Associazione per lo Studio delle Atrofie Muscolari Spinali Infantili Ente del Terzo Settore  
C/o Consulta Faentina delle Associazioni di Volontariato  
Via Laderchi, 3 - 48018 Faenza (RA)  
Italia*

Oppure tramite e-mail: [privacy@asamsi.org](mailto:privacy@asamsi.org)

La cessione dei diritti di immagine e di utilizzo del predetto repertorio è da intendersi a titolo gratuito da parte del soggetto cedente, come sopra individuato, riconoscendo ad *Associazione per lo Studio delle Atrofie Muscolari Spinali Infantili ONLUS* la piena titolarità dei diritti di utilizzo con contestuale rinuncia a qualsiasi diritto e/o pretesa disponibili ai sensi di legge.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firme degli esercenti potestà genitoriale

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_