

LIBERATORIA PER L'USO DI IMMAGINI E VIDEO A FINI DI COMUNICAZIONE SOCIALE

Il/La sottoscritto/a:

Nome e Cognome: _____

Nato/a a: _____ il _____

Codice Fiscale: _____

Telefono: _____

Email: _____

in qualità di:

- ☐ Paziente
- ☐ Genitore del minore _____
- ☐ Tutore legale / Amministratore di sostegno

AUTORIZZA

la RSA Villa Rachele

a effettuare fotografie e/o riprese video durante le attività ludico-ricreative, terapeutiche e quotidiane svolte all'interno o all'esterno della struttura.

AUTORIZZA inoltre

l'utilizzo delle suddette immagini e/o video per finalità di comunicazione e promozione, in particolare per:

- Pubblicazione sui **social network** (Facebook, Instagram, ecc.)
- Sito web istituzionale
- Eventuali materiali informativi, promozionali o documentativi (es. brochure, slide, locandine, ecc.)

DICHIARA

di aver compreso che:

- Le immagini/video saranno utilizzate **nel rispetto della dignità e riservatezza** della persona ritratta.
- In nessun caso l'uso delle immagini sarà lesivo dell'onore, della reputazione o del decoro del paziente.
- Non verrà corrisposto alcun compenso per l'utilizzo del materiale fotografico o video.
- L'autorizzazione può essere **revocata in qualsiasi momento** con comunicazione scritta alla struttura.

☐ **AUTORIZZO** l'uso delle immagini e video come sopra descritto

☐ **NON AUTORIZZO** l'uso delle immagini e video

Luogo e Data: _____

Firma leggibile del dichiarante: _____