



LIBERATORIA

Il/La sottoscritto/a....., nato/a a.....
il....., residente in via.....città.....,
con la presente autorizza l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese ad utilizzare (esposizione,
pubblicazione e divulgazione) a titolo gratuito e per fini:

scientifici; commerciali; giornalistici; istituzionali;

le fotografie/riprese video relative all'attività medico/chirurgica_____
del professor/dottor_____effettuate presso l'UO_____

In data:

Giorno_____Mese_____Anno_____

Da:_____

Firma del soggetto ripreso.....

Firma del genitore o tutore legale (in caso di minori).....

Firma del fotografo/operatore televisivo.....

Data.....

Nota: *La liberatoria non è richiesta nel caso di persone note o anche di persone non note che siano riprese nel corso di pubbliche manifestazioni o comunque in situazioni che possano essere considerate di pubblico dominio.*