ALLEGATO A

Il sottoscritto (cognome e nome)…….

Nato il…… a …….....

Residente in via……Comune……(…….)

Numero di telefono…….

Indirizzo e-mail…….....……

Chiede di partecipare al concorso fotografico "La bellezza che cura"

Il sottoscritto garantisce, sotto la propria responsabilità, di essere unico ed esclusivo autore delle immagini inviate e che le stesse non ledono alcun diritto di terzi; altresì concede all'Associazione Amici dell'Hospice Onlus i diritti d'uso della/e foto inviata/e e autorizza gli organizzatori del Concorso a presentare o mostrare la fotografia durante gli eventi, in modalità a stampa o digitale, e pubblicarla a Loro discrezione nei materiali connessi all'evento e del presente concorso, riportando chiaramente il nome dell'Autore dell'opera e senza che nulla sia a lui dovuto. Inoltre acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili di cui all'art.22 della legge n° 675/96" Acconsento alla pubblicazione del mio nome e cognome e sottoscrivo la mia responsabilità per l'opera inviata, esonerando, manlevando e mantenendo indenne l'Associazione Amici dell'Hospice da ogni responsabilità e da ogni effetto pregiudizievole connesso, concedendo liberatoria a titolo gratuito, senza limiti di tempo e di spazio, per pubblicare, riprodurre, comunicare al pubblico, distribuire, mettere a disposizione del pubblico, ed in genere utilizzare l'opera ed estratti dalla stessa, rimanendo inteso che l'Associazione Amici dell'Hospice avrà il diritto, ma non l'obbligo, di utilizzare l'opera per ogni tipo di pubblicazione, a titolo esemplificativo, in siti ad essa collegati e sui social network.

DATA E FIRMA DEL CANDIDATO

…….....…….