

Spett.le
A.E.R.E. Onlus
Sede Operativa:
Via Chigollo, 6 CAPIAGO

Il/la Sottoscritto/a.....

genitore (*tutore, altro..*) di

ai sensi dell'art.13 DLGS.196/2003 relativo alla "Tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", preso atto dei diritti di cui all'articolo 13 del decreto legislativo medesimo

(....) autorizza

(....) non autorizza

la ripresa con fotocamere e/o videocamere degli incontri di ippoterapia frequentati dal(la)

figlio/a

e quindi **(....) l'utilizzo** o il **(....) non utilizzo** dell'immagine

informato del fatto che l'A.E.R.E. Onlus (Associazione Erbesse Riabilitazione Equestre) potrà utilizzare il materiale a scopo divulgativo e per finalità riguardanti la promozione delle attività dell'Associazione medesima.

(FIRMA)

(LUOGO e DATA)