

LIBERATORIA FOTOGRAFICA

Il sottoscritto _____
nato a _____
residente a _____
via _____ cap _____
genitore di _____ nato il _____

AUTORIZZA

l'Associazione PALERMOSCIENZA a fotografare e a eseguire delle videoriprese durante la visita al Centro per la scienza e ai laboratori che saranno effettuati giorno
per l'archivio e l'inserimento sul sito www.palermoscienza.it e sulla pagina Facebook www.facebook.com/palermoscienza o sui materiali informativi relativi alle attività svolte dall'Associazione PALERMOSCIENZA.

Ne vieta l'uso in contesti che ne pregiudichino la propria dignità personale ed il decoro.

L'utilizzo delle immagini è da considerarsi a titolo del tutto gratuito.

Palermo,/...../.....

Il soggetto ripreso (o di chi ne fa le veci) _____ (firma)