

**MODULO DI ACCETTAZIONE DEL DISCIPLINARE E RINUNCIA AL COPYRIGHT  
IN CASO DI RIPRESE FOTOGRAFICHE E AUDIOVISIVE**

COPYRIGHT DISCLAIMER FORM

Alla Direzione Fondazione Antico Ospedale Santa Maria della Scala

DATI RICHIEDENTE <small>APPLICANT</small>			
NOME COGNOME <i>RAGIONE</i> <i>SOCIALE NAME AND SURNAME / BUSINESS NAME</i>		<input type="text"/>	
TELEFONO <i>PHONE</i>	<input type="text"/>	EMAIL	<input type="text"/>
LUOGO DI NASCITA <i>PLACE OF BIRTH</i>	<input type="text"/>	DATA DI NASCITA <i>DATE OF BIRTH</i>	<input type="text"/>
CODICE FISCALE <i>TAX CODE</i>	<input type="text"/>		
INDIRIZZO <i>ADDRESS</i>	VIA/PIAZZA/N° CIVICO <i>STREET/N°</i>	<input type="text"/>	
	CITTÀ <i>CITY</i>	CAP <i>POSTAL CODE</i>	<input type="text"/>

SOGGETTO / SPAZIO RICHiesto <small>SUBJECT / SPACE REQUIRED</small> ARTISTA/LUOGO/ SOGGETTO / TITOLO <small>ARTIST/PLACE/SUBJECT /TITLE</small>
<input type="text"/>

AMBITO DI UTILIZZO <i>PURPOSE OF USE:</i>	CULTURALE/STORICO/ARTISTICO <i>CULTURAL / HISTORICAL / ARTISTIC</i> <input type="checkbox"/>	PROMOZIONALE/COMMERCIALE/INTRATTENIMENTO <i>PROMOTIONAL / COMMERCIAL / ENTERTAINMENT</i> <input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare nei dettagli) <i>OTHER</i> <input type="checkbox"/>
--	---	--	---

INDICARE I DETTAGLI DEL PROGETTO/IL RIFERIMENTO ALLA RICHIESTA <small>PRODUCT DETAILS</small>
<input type="text"/>

N° DEI COMPONENTI <i>N° OF STAFF</i>	<input type="text"/>	DATE (indicare possibili date o un periodo per effettuare le riprese) <i>DATE</i>	<input type="text"/>
TIPO DI ATTREZZATURA <i>TYPE OF EQUIPMENT</i>	<input type="text"/>		

- Dichiaro di aver preso visione del disciplinare approvato dalla Giunta Comunale con [Delibera N°119 del 08/04/2021](#) e di accettarne integralmente le condizioni. I HAVE READ AND UNDERSTOOD TERMS AND CONDITION AS INDICATED IN DELIBERA DI GIUNTA N° 119/2021, AND I ACCEPT THEM IN FULL.
- Accetto di consegnare, per ogni ripresa effettuata, copia alla Direzione, entro 15 giorni dall'effettuazione della stessa. Come previsto dall'art. 7, comma 4 sia il fotografo/operatore, sia il richiedente rinunciano al copyright sulla ripresa, con cessione a favore della Fondazione di tutti i diritti di utilizzazione. I AGREE TO DELIVER A COPY TO THE MANAGEMENT, WITHIN 15 DAYS FROM THE DATE OF THE SHOOTING. AS REQUIRED BY ART. 7, PARAGRAPH 4 BOTH THE PHOTOGRAPHER/ OPERATOR, AND THE APPLICANT WAIVE THE COPYRIGHT ON THE SHOOTING, WITH ASSIGNMENT TO THE FOUNDATION OF ALL RIGHTS TO USE
- Dichiaro di aver preso visione dell'[informativa sul trattamento dei dati personali](#) ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e di acconsentire al trattamento dei miei dati personali I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE NOTICE CONCERNING THE PROCESSING OF MY PERSONAL DATA (UE PRIVACY POLICY - GDPR 679/2016) .

Data e firma / date and signature \_\_\_\_\_