

SCHEDA DI PARTECIPAZIONE
concorso fotografico 'Il Dono'

edizione 2014

Cognome _____ Nome _____

Scuola e classe di appartenenza _____

Data e luogo di nascita _____

Indirizzo _____ Comune _____ Provincia _____

Tel _____ cell. _____ mail _____

Titolo 1° fotografia _____

Indicazione del luogo dove è stata scattata la fotografia _____

Se ve ne sono altre:

Titolo 2° fotografia _____

Indicazione del luogo dove è stata scattata la fotografia _____

Titolo 3° fotografia _____

Indicazione del luogo dove è stata scattata la fotografia _____

(si possono inviare massimo 3 fotografie)

Con l'apposizione della firma dichiaro:

- che l'opera acclusa è di mia assoluta proprietà ovvero ne dispongo legalmente;
- di aver preso visione del regolamento di concorso e di accettarne tutte le condizioni, compresa la cessione gratuita dei diritti di utilizzazione non commerciale per fini istituzionali dell'Associazione Amici del Policlinico e della Mangiagalli Donatori di Sangue ONLUS.

Con la presente scheda libero da ogni responsabilità l'Associazione Amici del Policlinico e della Mangiagalli Donatori di Sangue ONLUS per l'utilizzo delle immagini allegate ed in base al D.Lgs 196/2003 sulla tutela dei dati personali, autorizzo l'Associazione stessa al trattamento dei miei dati personali per gli adempimenti inerenti all'organizzazione del concorso, nonché all'utilizzo e/o pubblicazione delle mie opere.

In fede.

Luogo e Data _____

Firma _____

Firma del Genitore o di chi ne fa le veci (se minorenne)
