

**DICHIARAZIONE LIBERATORIA DI RESPONSABILITÀ NELLA CONCESSIONE
DEGLI SPAZI PER MOSTRA FOTOGRAFICA E UTILIZZO IMMAGINI**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ residente in _____

in qualità di artista partecipante alla mostra che si terrà all'interno degli uffici dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Monza e Brianza

DICHIARO

1. di concedere all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Monza e Brianza il diritto di esposizione dell'opera dal Titolo: _____
2. di essere pienamente consapevole che la propria partecipazione alla manifestazione è volontaria ed a titolo gratuito;
3. di sollevare l'Ente da ogni responsabilità non intendendosi tali beni né depositati né in custodia dello stesso;
4. di liberare da qualsiasi responsabilità all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Monza e Brianza ed il suo legale rappresentante e ogni dipendente in caso di qualsivoglia evento che comporti il danneggiamento, furto, smarrimento o distruzione di tutte le opere esposte, rinunciando quindi a qualsiasi richiesta o azione legale di rivalsa.
5. Di autorizzare l'Ordine, a titolo gratuito, senza limiti di tempo, a fotografare e diffondere le immagini delle opere sul proprio sito web, su carta stampata e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione.
6. Si prende atto che la finalità di tali pubblicazioni sono meramente di carattere informativo e promozionale.
7. La presente liberatoria potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare via mail all'indirizzo segreteria@omceomb.it

Data _____ Firma (leggibile) _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nel modulo ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data _____ Firma (leggibile) _____