



**LIBERATORIA PER LA TRASMISSIONE REGISTRAZIONE E PUBBLICAZIONE DI INTERVISTE E IMMAGINI**

La/Il sottoscritta/o (nome) ..... (cognome) .....  
 Via..... Città..... Prov.....  
 nata/o a ..... il ...../...../..... e-mail.....

**AUTORIZZA**

l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino - ai sensi dell'art. 10 C.C., degli artt. 96 e 97 Legge n. 633/1941, in materia di "Protezione del diritto d'autore e di altri diritti connessi al suo esercizio" e dell'art. 13 del GDPR n°679/2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, a:

- registrare, come mezzi audiovisivi, le immagini, voce, dichiarazioni e interviste rese
- riprodurre le stesse su qualsiasi supporto tecnico e/o multimediale e ad effettuare la diffusione su qualsiasi piattaforma dell'Istituto (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: sito istituzionale, pagina 5xmille dell'Ospedale) per un tempo illimitato
- diffondere le stesse sui canali social ufficiali dell'Istituto (a titolo esemplificativo ma non esaustivo Facebook, Twitter, YouTube e Instagram)
- esporre e proiettare le immagini e le dichiarazioni in occasione di eventuali mostre, dibattiti, conferenze e a utilizzare le stesse per eventuali opere future.

**DICHIARA**

- di aver letto e accettato i termini e le condizioni di trattamento dei dati personali con le modalità e per le finalità indicate nell'informativa
- di aver autorizzato le riprese dell'immagine, dell'intervista, del nome e della voce e/o altri per le finalità istituzionali attinenti all'evento
- di assumere la piena responsabilità delle dichiarazioni rese, sollevando l'Istituto da qualsiasi pretesa e/o azione anche di terzi
- di essere informata/o e consapevole del fatto che per alcuni mezzi è ammesso il download
- di rinunciare a qualunque corrispettivo per la posa, l'utilizzo, la riproduzione e la diffusione delle immagini e delle dichiarazioni rese

La/Il sottoscritta/o vieta altresì l'uso delle immagini e delle dichiarazioni rese in contesti che ne pregiudichino la dignità personale ed il decoro.

Luogo.....Data...../...../.....

Letto, compreso e sottoscritto (firma leggibile del dichiarante).....

Referente organizzativo che acquisisce la liberatoria e accerta l'identità del soggetto firmatario:

Nome e cognome.....

Ente/struttura richiedente la trasmissione dell'evento.....

Firma leggibile del referente organizzativo.....

## **INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI per il rilascio e pubblicazione di interviste audiovisive all'IRCCS Ospedale Policlinico ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR)**

Informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/2016. Si informa che il trattamento dei dati personali, informa che i dati personali conferiti con la presente liberatoria saranno trattati con modalità cartacee e telematiche nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza; in tale ottica i dati forniti, ivi incluso il i contenuti suindicati, verranno utilizzati per le finalità strettamente connesse e strumentali alle attività come indicate nella su estesa liberatoria. Il conferimento del consenso al trattamento dei dati personali è facoltativo. In qualsiasi momento è possibile esercitare tutti i diritti indicati dall'articolo 7, 16, 17 del GDPR n° 679/2016, in particolare la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati. Tali diritti potranno essere esercitati inviando comunicazione scritta.

### **Titolare e Responsabile del trattamento**

Titolare del trattamento è l'Ospedale Policlinico San Martino (da qui in avanti Policlinico), con sede in Largo Rosanna Benzi 10 – 16132 Genova.

Delegati/Responsabili interni del trattamento sono i dirigenti delle strutture aziendali a cui l'interessato si può rivolgere per richiedere informazioni relative ai dati personali. Autorizzati/Incaricati del trattamento sono i funzionari e gli impiegati autorizzati a compiere le operazioni dal titolare o dai responsabili.

### **Responsabile per la Protezione dei Dati (R.P.D.)**

Il Responsabile della protezione dei dati è contattabile all'indirizzo email: [dpo@hsanmartino.it](mailto:dpo@hsanmartino.it)

### **Luogo di trattamento dei dati**

Il trattamento dei dati connessi al rilascio delle interviste audio visive ha luogo nelle sedi del Policlinico ed è curato da personale interno autorizzato al trattamento. I dati personali forniti, ivi incluso il ritratto contenuto nelle fotografie/video, formeranno oggetto di operazioni di trattamento nel rispetto della vigente normativa in materia di trattamento dati e degli obblighi di riservatezza previsti.

### **Modalità del trattamento**

I dati personali conferiti dall'utente verranno conservati per il periodo di tempo necessario alle finalità indicate nella presente informativa.

In particolare i dati relativi alla richiesta di informazioni, aggiornamenti e relativi alle donazioni, verranno conservati fino a revoca del consenso da parte dell'utente. Per tutte le altre tipologie di dati verranno conservati per il periodo di tempo indispensabile e comunque non eccedente rispetto a quanto richiesto dalla normativa vigente.

Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati.

### **Diritti degli interessati**

Gli interessati hanno il diritto di ottenere dal Policlinico, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

Per esercitare tali diritti nei confronti del Policlinico l'utente dovrà compilare una specifica istanza che potrà essere:

- Consegnata personalmente all'Ufficio Protocollo (Palazzo Amministrazione piano Terra), oppure
- Spedita tramite raccomandata all'indirizzo: Ufficio Protocollo Ospedale Policlinico San Martino – Largo Rosanna Benzi 10, 16132 – Genova oppure
- Spedita tramite PEC a [protocollo@pec.hsanmartino.it](mailto:protocollo@pec.hsanmartino.it) riportando in Oggetto: Privacy esercizio dei diritti.

Luogo.....Data...../...../.....

Letto, compreso e sottoscritto (firma leggibile del dichiarante).....