**CONSENSO ALL’UTILIZZO DI IMMAGINI FOTOGRAFICHE O FILMATE di MINORE a FINI RIABILITATIVI**

Il/La sottoscritto/a…………………………………………………

( )acconsento

( )Non accosento

che le immagini fotografiche e/o le riprese video di mio/a figlio/a …………………………………………….. inviate al/alla terapista del progetto “Muoviamoci insieme” ………………………………………………….. possano essere utilizzate SOLAMENTE a fini riabilitativi. Le immagini fotografiche/video saranno visualizzate dal terapista per monitorare il minore a distanza e poter proseguire il programma riabilitativo.

Inoltre le immagini fotografiche e/o le riprese video ricevute dal/dalla terapista stesso/a dovranno essere utilizzate SOLAMENTE per la visualizzazione del contenuto a fine terapeutico.

Entrambe le parti si impegnano a non conservare il materiale fotografico e/o video oltre al termine del programma riabilitativo.

Luogo e data Firma