



COMUNE DI STIGLIANO

AREA AMMINISTRATIVA

Provincia di Matera

Allegato A

Al Presidente del Consiglio Comunale – SEDE

Oggetto: **richiesta autorizzazione per riprese audio-video del Consiglio Comunale**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ___/___/____,

residente in _____ Cod. Fisc. _____

tel _____ Mail _____

Documento di identificazione _____

CHIEDE

di poter effettuare le riprese audio-video del Consiglio Comunale, che si terrà il giorno ___/___/____ con i seguenti sistemi:

per i seguenti motivi/finalità:

A TAL FINE DICHIARA

Di avere preso visione e di accettare integralmente -senza riserva alcuna -il Regolamento per la disciplina delle riprese televisive delle sedute di Consiglio comunale di Stigliano approvato con delibera di C.C. n ____ del ___/___/____

Che le immagini saranno divulgate con le seguenti modalità:

Che il titolare e il responsabile del trattamento dei dati raccolti sono:

TITOLARE: _____

RESPONSABILE: _____

- Di impegnarsi fin d'ora a non diffondere e/o trasmettere dati considerati sensibili;
- Di impegnarsi a utilizzare le riprese unicamente per le finalità dichiarate;
- Che per le riprese saranno utilizzati i seguenti strumenti;



COMUNE DI STIGLIANO

Provincia di Matera

AREA AMMINISTRATIVA

- Che saranno presenti n. ____ persone tra operatori ed assistenti;
- Che sarà necessario utilizzare:
 - Collegamento alla rete elettrica
 - Collegamento alla linea internet del Comune

Firma

SI AUTORIZZA

Il Presidente del Consiglio Comunale