



ALL'ATTENZIONE
SALA OPERATIVA REGIONALE EMERGENZA
URGENZA DEI LAGHI
ed
AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA

Con la presente autorizziamo l'utilizzo di immagini, video e altri materiali audiovisivi contenenti l'immagine di nostro/a figlio/a _____, per scopi documentativi ed informativi legati alle attività della SOREU dei Laghi e dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza della Regione Lombardia.

Genitore
Nome _____ Cognome _____
Data e luogo di nascita _____
Residente in _____
Via/piazza _____ n° _____
Firma del Genitore _____

Genitore
Nome _____ Cognome _____
Data e luogo di nascita _____
Residente in _____
Via /piazza _____ n° _____
Firma del Genitore _____

Luogo e data _____