



daccapo
associazione
trauma cranico

CORSO DI FORMAZIONE

Titolo: Il Trauma Cranico grave: conseguenze neurologiche e funzionali. Percorsi riabilitativi”

Sede : Complesso Socio-Sanitario dei Colli via dei Colli, 4 PADOVA

Date: Giovedì 20- 27 aprile, 04-18-25 maggio 2006

LIBERATORIA da inoltrare a:

daccapo associazione trauma cranico via Santa Maria in Vanzo, 27 35123 Padova FAX: 049/8802626

Io sottoscritto:

COGNOME.....

NOME.....

DATA NASCITA.....

LUOGO DI NASCITA.....

INDIRIZZO.....

TELEFONO.....

Con il presente documento autorizzo daccapo-associazione trauma cranico a utilizzare le immagini e i filmati realizzati in occasione dello svolgimento del Corso di Formazione suddetto.

Il sottoscritto dichiara inoltre di cederne a daccapo-associazione trauma cranico tutti i diritti di sfruttamento senza limiti temporali né territoriali e attraverso ogni mezzo tecnico ora noto o di futura invenzione.

Confermo che la cessione dei suddetti diritti avviene a titolo gratuito e che nulla il sottoscritto avrà a pretendere da daccapo-associazione trauma cranico e/o dai suoi cessionari o aventi causa per la diffusione delle immagini e dei filmati.

In fede

Firma

Lì, _____
