

Autorizzazione per foto e video estetici

Autorizzazione per fotografia prima/dopo e utilizzo nei materiali di marketing

Informazioni del cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo email *

Numero di telefono *

Data di nascita *

GG / MM / AAAA

Autorizzazione foto e video

Questa autorizzazione consente alla clinica di acquisire fotografie e/o videoregistrazioni prima, durante e dopo il/i tuo/tuoi trattamento/i. Queste immagini possono essere utilizzate per gli scopi selezionati di seguito.

Autorizzo l'utilizzo delle mie foto/video per i seguenti scopi: *

- ☐ Solo documentazione in cartella clinica
- ☐ Portfolio prima e dopo (mostrato in studio ai pazienti potenziali)
- ☐ Sito web e account dei social media della clinica
- ☐ Pubblicità a pagamento e materiali promozionali
- ☐ Presentazioni educative e formazione
- ☐ Stampa, media e pubblicazioni

Preferenza di anonimato per le foto *

- ☐ Il viso completo può essere mostrato
- ☐ Gli occhi devono essere oscurati/anneriti
- ☐ Nessun tratto facciale identificabile può essere mostrato

Termini e condizioni

Termini di questa autorizzazione:

1. Comprendo che le fotografie/video rimangono di proprietà della clinica.
2. Rinuncio a qualsiasi diritto di ispezionare o approvare le immagini finali o il contesto in cui vengono utilizzate.
3. Comprendo che non riceverò compenso finanziario per l'utilizzo delle mie immagini.
4. Posso revocare questa autorizzazione in qualsiasi momento presentando una richiesta scritta, ma la revoca non si applicherà alle immagini già pubblicate o distribuite.
5. Il mio nome non sarà associato alle immagini pubblicate a meno che non fornisca un consenso scritto separato.
6. Esonero la clinica, il suo staff e tutte le parti correlate da qualsiasi reclamo derivante dall'utilizzo delle mie fotografie/video come descritto sopra.

Ho letto e comprendo i termini e le condizioni di questa autorizzazione per foto e video.

Ho letto e accetto i termini sopra indicati: _____

Consenso e firma

Autorizzo volontariamente la clinica a fotografarmi e/o registrarmi e a utilizzare tali immagini come descritto in questa autorizzazione. Ho letto questo documento per intero e ne comprendo il contenuto.

Confermo di aver letto e compreso le informazioni sopra indicate e di fornire il mio consenso informato.

Ho letto e comprendo le informazioni sopra indicate: _____

Firma

Data

Stampa il nome

Data *

GG / MM / AAAA

Questo modulo è stato fornito gratuitamente da Consentify

Consentify trasforma moduli come questo in consenso digitale che i tuoi clienti firmano direttamente dal loro telefono tramite codice QR — con PDF automatici, flag di controindicazioni e archiviazione crittografata. Piano gratuito disponibile su <https://getconsentify.com>.

Solo modello. Rivedi con il tuo professionista autorizzato o consulente legale prima dell'uso; i requisiti variano a seconda della giurisdizione e della pratica.