

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIFFUSION
Collecte "Mémoire occitane du COVID-19"



Prénom NOM :
.....
Adresse :
.....
Code Postal : Ville :
.....

Objet : Cession de droits de diffusion pour la mise à disposition et la mise en ligne de mon témoignage "Memòria occitana deu COVID-19" en date du .../.../....., et des documents joints présentés dans le formulaire dudit témoignage.

Barrer la mention inutile

Oui - Non J'accepte que mon témoignage (ainsi que les éventuels documents complémentaires joints), soient mis à disposition des publics et soient diffusés en ligne via les sites gérés par le CIRDOC-Institut occitan de cultura, ainsi que sur les sites et portails partenaires du projet OCCITANICA.

Licence de publication : Tous droits réservés.

Je pourrai à tout moment demander la dépublication de mon témoignage et des documents partagés sur simple mail ou appel au CIRDOC-Institut occitan de cultura.

Oui - Non J'accepte d'être recontacté(e) pour envisager une valorisation dans un autre cadre.

Oui - Non Je souhaite que mon témoignage soit anonyme (aucune diffusion publique, hors travaux de recherche, des informations personnelles éventuellement fournies dans le formulaire : prénom, âge, fonction, ville, département).

Date et signature :

Autorisation par le parent/représentant légal si mineur(e).

Je déclare être le parent ou le représentant légal du mineur nommé ci-dessus, et avoir l'autorisation légale de signer cette autorisation en son nom.

Prénom NOM du représentant légal :
Adresse :
Code Postal : Ville :

Date et signature du parent/représentant légal :