***IZJAVA***

***O SUGLASNOSTI ZA KORIŠTENJE PROSTORA ZA POTREBE PRODUKCIJE STUDENTSKOG FILMA***

***Ime i prezime:*** ....................................................................................................................

***Datum i mjesto rođenja:*** ...................................................................................................

***Adresa stanovanja:*** ...........................................................................................................

***OIB:*** .....................................................................................................................................

***Mobitel i e-mail:***..................................................................................................................

Potpisom ove Izjave dajem Akademiji dramske umjetnosti Sveučilišta u Zagrebu svoju privolu i pristajem na besplatnu upotrebu PROSTORA čiji sam vlasnik, a u svrhu izvođenja nastave i nastavnih procesa Akademije, provedbe obrazovnih procesa studenata. Pristajem da se snimke nastale u prostoru čiji sam vlasnik javno prikazuju putem filmskih i drugih festivala, televizije, digitalnih platforma (SVOD, VOD, AVOD i dr.). Pristajem da se od snimaka nastalih u prostoru čiji sam vlasnik izrađuju promotivni materijali za potrebe ADU. Zabranjujem svaku uporabu snimaka u svrhe koje nisu ovdje opisane i/ili njihov prijenos bilo kojoj trećoj strani. Ovaj pristanak dajem dragovoljno, imajući na umu činjenicu da uskrata pristanka ne može rezultirati bilo kakvim negativnim posljedicama po mene osobno, te da ovaj pristanak mogu povući u bilo kojem trenutku s *pro futuro* učinkom (za ubuduće), s tim da takvo povlačenje ne može prethodnu obradu i korištenje snimaka  učiniti nezakonitom, te potvrđujem kako sam korištenje tih snimaka u cijelosti i neopozivo prenio na Akademiju dramske umjetnosti Sveučilišta u Zagrebu.

**DAJEM SUGLASNOST ZA KORIŠTENJE PROSTORA NA ADRESI:**

**……………………………………………………………………………………………………………………….**

**DATUMA: ……………………………….. U VREMENU OD ……….. DO ………… SATI.**

**NAZIV STUDENTSKOG RADA ZA KOJI DAJEM SUGLASNOST:**

……………………………………………………………………………………………………………

**IME I PREZIME STUDENT/ICE REŽIJE:** ………………………………………………………….

**IME I PREZIME STUDENT/ICE PRODUKCIJE:** ………………………………………………….

**Mjesto i datum: Potpis:**

..................................................... ..................................................