

Autorización participación menores de edad

Concurso fotografía de la I Semana de la Salud de Quatre Carreres

“SALUD EN EL DÍA A DÍA DE MI COMUNIDAD”

Don/Doña.....
con DNI número, como padre/madre o tutor/a del niño/a
.....

- SI DOY MI CONSENTIMIENNTTO
 NO DOY MI CONSENTIMIENNTTO

para que mi hijo/a participe en el concurso de fotografía “SALUD EN EL DÍA A DÍA DE MI COMUNIDAD” organizado en el marco de la I Semana de la Salud de Quatre Carreres, a celebrar durante los meses de julio a noviembre de 2024.

Igualmente hago constar:

Que conozco y acepto en su totalidad las bases de este concurso y cedo de forma gratuita a la organización del mismo todos los derechos de reproducción, así como los derechos patrimoniales inherentes a la fotografía con la que mi hijo/a va a participar en este concurso y para hacer uso académico de la misma como material de divulgación, comunicación o exposición, sea en el presente o a futuro, así como en la web, redes sociales o publicaciones del Departamento de Salud Dr. Peset de Valencia, siempre con carácter informativo.

Valencia, a dede 2024

Fdo:

Importante: en caso de separación o divorcio de los progenitores, se necesitará la autorización de cada uno de ellos.