

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES PARA EL CONCURSO FOTOGRAFICO “11° Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente” (El Concurso), ORGANIZADO POR LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA (SAP)

(Ud. podrá optar por completar los cuadros de texto de cada campo con la información y reenviar el presente formulario completo o imprimirlo y luego enviarlo completo y escaneado)

Lugar y fecha: _____

_____ (Nombre y Apellido), DNI _____ y
_____ (Nombre y Apellido), DNI _____ con
domicilio en _____; en nuestro carácter de _____
del/lamenor _____, DNI _____, de _____ años de edad, por la
presente prestamos nuestro expreso consentimiento para que se obtengan del/la menor
mencionado/a, fotos para ser utilizadas en el Concurso.

Es condición esencial del consentimiento que no se publiquen nuestros nombres ni los
del/lamenor; que se mantenga el anonimato de la identidad y de los datos personales en
las imágenes y en el eventual texto que las acompañen; y que no se muestre el rostro
del/la menor en primer ni en segundo plano.

Asimismo, prestamos consentimiento para que las fotos que se presenten a concurso
puedan ser utilizadas, sin cargo alguno, por la Sociedad Argentina de Pediatría para la
promoción del concurso y de las actividades de la SAP.

Manifestamos que hemos entendido y aceptado los alcances del consentimiento.

Firma del/la menor: _____ (de 13 años de edad en
adelante)

Aclaración: _____

Firma: _____

Aclaración: _____ **Parentesco:** _____

Firma: _____

Aclaración: _____ **Parentesco:** _____

Firma, Aclaración y DNI del autor de la fotografía
