

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES PARA EL CONCURSO FOTOGRAFICO “Otra forma de mirar” juntos por una mirada inclusiva (El Concurso), ORGANIZADO POR LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA (SAP)**

Lugar y fecha:

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

Es condición esencial del consentimiento que no se publiquen nuestros nombres ni los de el/la menor; 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 de el/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 Menor :** \_\_\_\_\_ **(de 13 años de edad en adelante)**

**Aclaración:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Aclaración:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Aclaración:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Firma, Aclaración y DNI del fotógrafo**