

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN

Por medio del presente declaro que autorizo a
(autor de la obra) y a la Compañía de Seguros de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires a que utilice total o parcialmente mi imagen fotografiada, a fin de que la misma sea presentada en el 2° Concurso de Fotografía convocado por la institución antes mencionada.

Asimismo autorizo a que la misma sea difundida y/o incorporada con fines estrictamente artísticos y/o culturales en material gráfico impreso a confeccionarse por la Compañía de Seguros de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires.

Dejo expresa constancia que la autorización de uso mencionada en el párrafo precedente se hace de manera gratuita, sin que esto suponga retribución y/o compensación económica alguna y sin limitación temporal.

El autor de la obra fotográfica y la Compañía de Seguros de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires se comprometen a que la utilización de la imagen en ningún caso supondrá un daño a la honra e intimidad del fotografiado, respetando la normativa en materia de protección de datos, y derecho a la propia imagen.

Firma del autor de la Obra fotografiada:

Aclaración:

DNI:

Firma del Autorizante:

Aclaración:

DNI:

Lugar y Fecha:

En caso de menores de edad y/o personas incapaces y/o con capacidad restringida completar los siguientes datos:

Firma del Padre o Madre/Tutor/ Representante Legal:

Aclaración:

DNI:

Lugar y fecha: