



CAJA DE
MÉDICOS



CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN

Por medio del presente 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 3° Concurso de Fotografía convocado por la institución antes mencionada.
Asimismo autorizo a que la misma sea difundida y/o incorporada 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 a los fines de publicitar los servicios que brinda la misma, como así también con el propósito de dar a conocer la obra con fines culturales y artísticos (art. 53 CCyCN, art. 31 y concs. Ley 11.723).
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. Tomo conocimiento que el autor de la obra fotográfica se compromete a que la utilización de la imagen en ningún caso supondrá un daño a la honra e intimidad del fotografiado, respetando la normativa vigente en materia de protección del derecho a la 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/Persona de apoyo:

Aclaración:

DNI:

Lugar y fecha:

FCG 040 Rev 001



SEGUROS
CAJA DE
MÉDICOS

www.argentina.gob.ar/ssn
0800-666-8400
N° de Inscripción en SSN: 0721



SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN