



Por una niñez y
adolescencia sanas,
en un mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría

MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE PEDIATRÍA Y DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE PEDIATRÍA

Por medio de la presente, autorizo a DNI N° (en adelante “EL PARTICIPANTE”), a participar en forma gratuita, mediante imágenes, fotografías, videos y/o material gráfico del 12° Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente.

En tal sentido, autorizo a que el material gráfico y/o producción total o parcial (en adelante “LAS IMÁGENES”) en las que “EL PARTICIPANTE” intervenga o haya intervenido, sean difundidas en cualquiera de las acciones de comunicación que realicen integrantes del Congreso y/o a través de cualquier otro medio de comunicación existente o futuro, sin limitación temporal y / o territorial alguna.

Se consigna expresamente que la utilización de “LAS IMÁGENES” en ningún caso afectará integridad de “EL PARTICIPANTE”, su dignidad ni sus derechos, de acuerdo con lo establecido en la Convención Internacional de los Derechos del Niño, en la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y en la Constitución de la Nación Argentina.

Así mismo se deja constancia de que la participación de “EL PARTICIPANTE” es voluntaria y no aparecerán en ningún momento sus datos personales ni de historia ya que sus datos son protegidos por la ley 25.326 y tratados en forma confidencial como lo exige el ordenamiento jurídico vigente (Ley Nacional de Habeas Data), el Código Civil y Comercial de la Nación.

Lugar y fecha:.....

Firma del padre del /de la participanteAclaración.....DNI.....

Firma de la madre del /de la participante.....Aclaración.....DNI.....

O Firma de tutor o Encargado del /de la participante.....Aclaración.....DNI.....