



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES PARA EL CONCURSO FOTOGRAFICO
"8° Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria" "Retratos de infancias y adolescencias:
imaginación, creatividad y juego" (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 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/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 del/la menor en primero 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 representante legal del/la menor

Firma: _____

Aclaración: _____ Parentesco: _____

Firma: _____

Aclaración: _____ Parentesco: _____

Firma del/la menor de 14 años (eventualmente fotografiado)

Firma: _____

Aclaración: _____

Firma, Aclaración y DNI del autor de la fotografía
