**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUT N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

fui fotografiada/o con mi consentimiento, con fines artísticos y esta fotografía donde aparezco fue presentada con mi autorización al “Concurso Fotográfico Lactancia Materna año 2021” que organiza el Comité de Lactancia Hospital San Vicente.

Sí he permitido fotografiar a mi hijo (a) menor de edad, esta autorización incluye a dicho

hijo(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUT N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Esta carta fue firmada con fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que al utilizar la presentación de esta fotografía con mi imagen en dicho concurso estoy también aceptando las Bases del Concurso y por lo tanto, autorizando la publicación de la fotografía en evento de difusión de Lactancia Materna tanto en medios escritos, electrónicos y/o exposiciones abiertas al público.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona fotografiada