

AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS E IMÁGENES

Cienciatapia Asociación Nacional para la Divulgación Científica a Menores Hospitalizados

Por la presente yo, D/D^a _____ con DNI _____ y
domicilio en _____, como
padre/madre/tutor (táchese lo que no proceda) de la/el menor _____,

AUTORIZO la realización de fotografías o imágenes del evento en las que aparezcamos tanto él/ella como yo,
y que éstas puedan ser reproducidas con fines divulgativos de las actividades de la organización en las distintas
publicaciones, redes sociales y/o páginas web relacionadas con Cienciatapia Asociación Nacional para la
Divulgación Científica a Menores Hospitalizados.

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos de carácter personal son incorporados a un fichero con la finalidad de mantener la relación con los usuarios, debidamente inscrito en el RGPD cuyo titular es Cienciatapia Asociación Nacional para la Divulgación Científica a Menores Hospitalizados, con domicilio en Avda. Federico Mayo, 12 - 1^ºB - 21004 Huelva, donde puede dirigirse en cualquier momento para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Firma

D/D^a _____