CONSENTIMENT PER A LA PRESA

D’IMATGES I AUTORITZACIÓ PER AL SEU ÚS

Nom de la persona:

Telèfon: Adreça:

Nom del pare, mare o tutor/a:

# CONSENTIMENT PER A LA PRESA D'IMATGES

Per la present, consentisc que se'm prenguen fotografies. El terme “imatge” inclou vídeo o fotografia fixa, en format digital o d’un altre tipus, i qualsevol altre mitjà de registre o reproducció d'imatges.

Per la present, autoritze l'ús de les meues imatges amb finalitats didàctics o educatives.

# PROPÒSIT

Autoritze que es faça ús de les meues imatges i que es difonguen entre el personal de l'hospital, metges, professionals de la salut i membres del públic amb finalitats educatives, de tractament, de recerca i científiques.

També done el meu consentiment perquè es prenguen imatges del meu fill/a o tutoritzat/a i autoritze que se’n faça ús o es divulguen a fi de contribuir amb els objectius científics, de tractament i educatius.

Per la present, renuncie a qualsevol dret a rebre compensació per aquests usos en virtut de l'autorització precedent. Jo i els meus successors o cessionaris eximim al centre i als seus empleats, al meu metge o metges i a qualsevol altra persona que participe en la meua atenció, i als seus successors i cessionaris, de tota responsabilitat davant qualsevol reclamació per danys o d'indemnització que es derive de les activitats autoritzades per aquest acord.

# RESCISSIÓ

Si jo decidisc rescindir aquesta autorització, no es permet posteriors usos de la meua fotografia o la del meu fill/a o tutoritzat/a, però no puc demanar que es retornen les fotografies o la informació ja utilitzades.

# DRETS

Puc demanar que cesse la filmació o enregistrament en qualsevol moment.

Puc rescindir aquesta autorització fins una data raonable abans que s'utilitze la imatge, però ho he de fer mitjançant escrit tramès a

Puc inspeccionar o obtenir una còpia de les imatges de les quals he autoritzat l’ús.

Puc negar-me a signar aquesta autorització. La meua negativa no ha d’afectar les possibilitats del meu fill de rebre atenció.

Tinc dret a rebre una còpia d'aquesta autorització.

Entenc que no rebré cap mena de compensació financera per les imatges preses.

# SIGNATURA

Data:

Signatura: Signatura: Signatura:

*Pacient si és major de 12 anys Representant legal Investigador prinicpal*

# SIGNATURA RESCISSIÓ

Data:

Signatura: Signatura: Signatura:

*Pacient si és major de 12 anys Representant legal Investigador principal*