

**FITXA I AUTORITZACIÓ PER A LA PARTICIPACIÓ A
CONCURS DIBUIX “SETMANA DE LA LACTÀNCIA MATERNA” – 2025**

Nom i cognoms del participant (menor):

DNI menor:

Nom i cognoms representant legal o tutor (si aplica):

DNI representant (si escau):

Telèfon de contacte:

Correu electrònic:

Lloc de residència o adreça:

AUTORITZACIÓ:

Que el menor major de 14 anys o representant legal segons s'indica a les dades abans senyalades o omplertes, ha llegit les bases legals que acompanyen la present autorització, essent coneixedor/a de la dinàmica relacionada amb la participació del menor al Concurs de la lactància materna; i accepta expressament les bases relatives al **Concurs de Dibuix sobre la Lactància Materna 2025**, en especial; en relació amb:

- ☐ La utilització i difusió del dibuix presentat del menor, si resulta seleccionat com a finalista i/o guanyador, de la forma senyalada a les bases legals;
- ☐ La utilització de la seva imatge i dades personals per a fer-ne difusió com a guanyador, en el seu cas, al hall del centre hospitalari, a la pàgina web, xarxes socials i altres mitjans similars de l'entitat.

És el que manifesta i accepta el sotasignat,

A data __ d'octubre de 2025

Firma:

Nom i cognoms menor o representant:

DNI: