

**FITXA I AUTORITZACIÓ PER A LA PARTICIPACIÓ A
CONCURS FOTOGRAFIA “SETMANA DE LA LACTÀNCIA MATERNA” – 2024**

Nom i cognoms del participant (major de 16 anys):

DNI menor:

Nom i cognoms representant (si aplica):

DNI representant (si aplica):

Telèfon de contacte:

Correu electrònic:

Lloc de residència o adreça:

AUTORITZACIÓ:

Que el major de 16 anys, o representant legal que figura a sota, 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 de l’usuari al Concurs de la lactància materna; i en la seva virtut, accepta expressament les bases relatives al **Concurs de Fotografia sobre la Lactància Materna 2024**, en especial; en relació amb:

- La utilització i difusió de la fotografia presentada del participant, 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 2024

Firma:

Nom i cognoms:

DNI:

Firma representant (si aplica):

Nom i cognoms:

DNI: