

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

---

**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 2023**, 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 2023

**Firma:**

---

**Nom i cognoms:**

**DNI:**

**Firma representant (si aplica):**

---

**Nom i cognoms:**

**DNI:**

**Participació i enviament d'obres al següent correu electrònic: [semlacmat@hmartorell.cat](mailto:semlacmat@hmartorell.cat)**