

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMÁGENES Y VIDEO Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

..... con DNI..... autorizo a la Secretaría Científica y Tecnológica y a la Secretaria del Curso de la Carrera de Médico Especialista de la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires a captar y/o reproducir mi imagen y/o voz y hacer uso gratuito de dicho material fílmico, fotográfico y audiovisual, en su formato original o editado con fines docentes y/o de investigación en ámbitos académicos y/o uso para publicación en revistas científicas sin limitación temporal, geográfica y/o territorial.

La utilización de este contenido audiovisual en ningún caso supondrá un daño a la honra e intimidad de la persona ni será contraria a sus intereses, respetando la normativa en materia de protección de datos, imagen y protección jurídica de las personas.

Así mismo, me comprometo a mantener la confidencialidad sobre los contenidos y actividades en los que participaré así como sobre el rendimiento propio, el de terceras personas y el desarrollo de casos simulados.

Reconozco haber leído y comprendido esta declaración.

Buenos Aires, a los _____ días del mes de _____ del año 20 .

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI _____