**CONSENTIMIENTO PARA LA FILMACION AUDIOVISUAL, TOMA DE IMAGENES Y AUTORIZACIÓN PARA SU USO Y DIFUSIÓN**

, de de 2022

Sres. Sociedad Neurológica Argentina, Asociación Civil

Thames 2127 CABA

De mi consideración:

Quien suscribe la presente,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ con DNI con domicilio en la calle , Ciudad de (teléfono y mail ) en mi carácter de padre/tutor del menor con DNI (en adelante, el menor), en pleno uso de mis facultades, y habiendo recibido información clara sobre el contenido del presente, declaro:

CONSENTIMIENTO PARA LA FILMACIÓN AUDIOVISUAL, TOMA DE IMÁGENES Y AUTORIZACIÓN PARA SU DIFUSIÓN.

Por la presente, doy mi consentimiento para la toma de imágenes del menor, quien padece de la patología , por el médico tratante, Dr. , matrícula . El término “imagen” incluye video o fotografía fija, en formato digital o de otro tipo, y cualquier otro medio de registro o reproducción de imágenes con o sin sonido.

Asimismo, autorizo el uso de dichas imágenes por el profesional antedicho y/o por la Sociedad Neurológica Argentina, Asociación Civil, con fines didácticos, científicos, académicos y/ o educativos, de investigación, de tratamiento, incluyendo la difusión de las mismas en el formato que considere más conveniente, a médicos, profesionales de la salud, miembros y empleados de la Sociedad Neurológica Argentina, y público en general. En particular, y sin carácter restrictivo, se autoriza su difusión en el 59º Congreso Argentino de Neurología, formato presencial y virtual. Las imágenes serán utilizadas exclusivamente con las finalidades antedichas, garantizando que se preservará la identidad del menor en anonimato en todo momento. En caso de que no fuera posible preservar el anonimato del menor, por cuanto la patología de que se trate requiera la filmación del rostro, la presente autorización dispensará al médico tratante y a la Sociedad Neurológica Argentina de mantener dicho anonimato, aunque nunca se publicaran nombres ni otros datos identificatorios del menor.

Por la presente, en mi carácter de representante del menor renuncio a cualquier derecho a recibir compensación por tales usos en virtud de la autorización precedente. Asimismo, eximo al médico tratante y a la Sociedad Neurológica Argentina, sus directivos, empleados y asociados , de toda responsabilidad ante cualquier reclamo por daños o de indemnización que surja del uso licito de los derechos concedidos por la presente.

En caso de decidir la rescisión de la presente autorización, no se permitirán posteriores usos de la imagen, pero no podre pedir la restitución de las imágenes ya utilizadas. Toda rescisión deberá realizarse por escrito a la siguiente dirección , con acuse de recibo.

He sido debidamente informado sobre los derechos que le asisten al menor, habiendo tomado conocimiento de que puedo rescindir el consentimiento otorgado por el presente, así como inspeccionar u obtener una copia de las imágenes cuyo uso estoy autorizando. Del mismo modo, puedo negarme a firmar esta autorización, sin que mi negativa afecte las posibilidades del menor de recibir atención médica. Por último, tengo derecho a recibir una copia de esta autorización, por la que entiendo que no recibiré ningún tipo de compensación financiera.

FIRMA

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI :

Carácter en que suscribe: