

**ANEXO I: DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN PARTICIPACIÓN MENORES EN EL CERTAMEN INTERNACIONAL DE CINE MÉDICO Y SALUD “VIDEOMED”**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

D. /Dña. \_\_\_\_\_, con D.N.I./NIE nº \_\_\_\_\_, con domicilio a estos efectos en \_\_\_\_\_

y número de teléfono \_\_\_\_\_, como padre/madre o representante legal de \_\_\_\_\_ (nombre del/la menor)

(en adelante, el/la “Menor”):

**AUTORIZO** su participación en CERTAMEN INTERNACIONAL DE CINE MÉDICO Y SALUD “VIDEOMED” y, asimismo, **MANIFIESTO**:

1. Ser titular de la patria potestad y, por tanto, representante legal del/la menor.
2. Que, en calidad de representante legal del/la menor, presto mi consentimiento para la participación de éste en el Certamen, cuyo contenido y desarrollo declaro conocer plenamente.
3. Que autorizo a FundeSalud al uso del nombre del menor en cualquier medio y a través de cualquier forma de comunicación, siempre en relación con el Concurso.
4. Con la firma de la presente autorización, acepto expresamente en su totalidad las bases del Concurso, la política de Protección de Datos y la cesión de derechos de la obra establecida.
5. FundeSalud, en su condición de responsable de tratamiento, y en cumplimiento de lo dispuesto en la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, informa a los/as AUTORIZANTES de que sus datos personales serán tratados, como representantes de los/as participantes menores de edad, con las finalidades especificadas en la presente autorización siendo la base jurídica de tratamiento la autorización expresa y la ejecución de dicho acuerdo. Los datos personales podrán ser comunicados a entidades colaboradoras en la actividad de difusión de conocimiento o cesionarias de los derechos de imagen siempre dentro del marco de las finalidades autorizadas.

En cualquier caso, podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, así como los reconocidos en la normativa europea, respecto de sus datos personales, enviando un escrito acompañado de una fotocopia de su DNI al correo electrónico [fundesalud@salud-juntaex.es](mailto:fundesalud@salud-juntaex.es)

Puede consultar información adicional y detallada sobre nuestra Política de Protección de Datos en <https://saludextremadura.ses.es/fundesalud/web/aviso-legal>



Certamen Internacional  
de Cine Médico y Salud  
2022



FundeSalud informa de que la presentación de este documento de autorización debidamente cumplimentado y firmado es **imprescindible para la participación en el concurso**, así como que procederá a la devolución inmediata de todos aquellos materiales que no sean acompañados del presente documento.

Firmado:

Nombre:

DNI:

Padre/Madre/Representante legal

Nombre:

DNI:

Menor participante