

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

En _____, a ____ de _____ de 2024.

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

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

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

ANEXO II: AUTORIZACIÓN PARA LA TOMA Y PUBLICACIÓN DE IMÁGENES DE MENORES EN EL CERTAMEN INTERNACIONAL DE CINE MÉDICO Y SALUD “VIDEOMED”
--

AUTORIZACIÓN PARA LA TOMA Y PUBLICACIÓN DE IMÁGENES POR FUNDESALUD

Con la inclusión de las nuevas tecnologías dentro de los medios al alcance de la sociedad y la posibilidad de que en estos puedan aparecer imágenes de menores durante la realización de las actividades de VIDEOMED, FundeSalud pide el consentimiento a los padres/madres o tutores legales del participante para poder publicar las imágenes en las cuales aparezca individualmente o en grupo, en cumplimiento de las garantías que el artículo 18 de la Constitución referido al derecho a la propia imagen reconoce, así como en la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Nombre:

DNI/NIE:

Actuando en su condición de Padre/Madre/Representante legal de:

AUTORIZA**NO AUTORIZA**

Expresamente a FundeSalud, con CIF n G79069746, y domicilio social en Mérida, Calle Pío Baroja, 10, a captar, reproducir y comunicar públicamente la imagen de su representado y hacer uso de la misma, en los términos recogidos en las bases del CERTAMEN DE CINE MÉDICO Y DE SALUD VIDEOMED.

A tal fin, los AUTORIZANTES ceden gratuitamente a FundeSalud los derechos de explotación necesarios, relativos y derivados de la imagen del menor, sin limitación territorial ni temporal.

Esta cesión se refiere a los usos que pueden darse a las grabaciones en la actividad o parte de la misma, en las que el menor participe, utilizando los medios técnicos conocidos en la actualidad y para las aplicaciones que permitan una adecuada puesta a disposición.

Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento por los padres/madres y/o tutores, con la salvedad de aquellas actuaciones/campañas que estén en marcha, en cuyo caso deberán finalizar para que empiece a hacer efecto la revocación, por lo que la retirada del consentimiento, no tendrá carácter retroactivo.



Todo ello con la única salvedad y limitación de aquellas utilidades o aplicaciones que pudieran atentar al derecho al honor en los términos previstos en la Ley Orgánica 1/82, de 5 de mayo, de Protección Civil al Derecho al Honor, la Intimidad Personal y familiar y la Propia Imagen.

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 para las finalidades especificadas en el presente acuerdo de cesión siendo la base jurídica de tratamiento 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

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

Fecha:

Firma: PADRE/MADRE/TUTOR/A