

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte
Oficina de Asuntos Públicos
Consentimiento para tomar fotos / entrevistar

Fecha: _____ Hora: _____ a.m. / p.m. (circular uno)

La intención de este consentimiento es liberar/absolver al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte y a su personal de cualquiera y toda responsabilidad que resulte de tomar y usar estos materiales con su autorización.

Yo suscribo y autorizo a la entidad nombrada arriba a obtener o permitir:

(Nombre del medio de difusión / Agencia / Publicación / u Otra Persona)

A obtener los siguientes de mi persona / mi hijo/hija (marque las descripciones apropiadas)

_____ Fotografía _____ Película/video
_____ Entrevista _____ Grabación de voz

Estoy de acuerdo que lo nombrado arriba puede permitir a otras personas usar los materiales producidos en esta sesión para cualquiera de los propósitos listados abajo (marque las categorías apropiadas).

_____ Publicaciones educativas _____ Publicaciones departamentales
_____ Materiales de estudio/
publicaciones _____ Medios de difusión
_____ Anuncios _____ Otros (por favor de especificar)
_____ Sitio web

Si aplica:

Estoy de acuerdo con lo de arriba, con la condición de que no seré identificado por nombre.

Nombre (escrito/letra de molde)

Firma / Fecha

Firma de padres o guardián (tutor legal) / fecha

Firma del testigo / fecha