

RED EMERGE · CAMPUS FORMATIVO – ASFOREM -EMERGE

Equipo Multidisciplinar de Emergencias, Riesgo y Gestión de Crisis

Centro Coordinador del Campus

AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPACIÓN EN FORMACIÓN Y USO DE IMAGEN

Yo, D./Dña. _____,

con DNI/NIE _____, como padre/madre/tutor legal del menor:

Nombre y apellidos del alumno/a: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____

AUTORIZO expresamente la participación del/de la menor en la formación organizada por

RED EMERGE y el CAMPUS EMERGE, correspondiente al curso:

SVB + DEA

Stop The Bleed

En relación con el uso de la imagen del/de la alumno/a (fotografías o vídeos realizados durante la formación, con fines exclusivamente formativos, divulgativos o institucionales):

AUTORIZO el uso de la imagen.

NO AUTORIZO el uso de la imagen.

Lugar y fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor legal:

Datos de contacto:

Enviar el documento cumplimentado y firmado a: campus.emerge@gmail.com

Gracias.

RED EMERGE · CAMPUS EMERGE

Equipo Multidisciplinar de Emergencias, Riesgo y Gestión de Crisis

Centro Coordinador del Campus.