

Carta de Autorización de uso de Imagen.

Por medio de la presente y de conformidad con la *Ley Federal del Derecho de Autor*, autorizo a la **Fundación Dr. José María Álvarez I.A.P.**, para usar fotografías o videograbaciones que incluyan mi imagen, en campañas, promocionales y demás material de apoyo que se consideren pertinentes para difusión y promoción de la **Fundación Dr. José María Álvarez I.A.P.**, y que se distribuyan en el país o en el extranjero por cualquier medio, ya sea impreso, electrónico o de otro tipo.

Asimismo, con fundamento en los artículos **86, 87 y 88** de la *Ley Federal del Derecho de Autor*, es mi deseo expresar que esta autorización es voluntaria y totalmente gratuita, por lo tanto, la **Fundación Dr. José María Álvarez I.A.P.**, es libre de utilizar, reproducir, transmitir, retransmitir, mostrar públicamente, crear otras obras derivadas de mi imagen en las campañas de promoción que se realice por cualquier medio, así como la fijación de la citada imagen en proyecciones, videos, gráficas, textos, filmas y todo el material suplementario de las promociones y campañas, estableciendo que se utilizará única y exclusivamente para los fines señalados.

En ese sentido, autorizo el uso de mi nombre y cualquier comentario que yo pudiese haber hecho mientras se grababa el video y que tal comentario sea editado con los fines señalados.

Manifiesto que renuncio a todo derecho de inspeccionar o aprobar las secuencias de videograbación o fotografía.

Autorizo que mi imagen sea utilizada durante el tiempo que la **Fundación Dr. José María Álvarez I.A.P.**, considere adecuado; no obstante, dicha autorización podrá ser revocada mediante escrito dirigido a la *Coordinación de Comunicación* de la **Fundación Dr. José María Álvarez I.A.P.**

Declaro que soy mayor de edad y que, en caso de no serlo, uno de mis padres o tutor legal ha firmado el formulario de *Consentimiento / Liberación Legal* que se incluye al final de este documento.

Atentamente:
Fundación Dr. José María Álvarez I.A.P.



Autorización para el uso de Imagen.

Estimado Padre de Familia:

Como parte de las actividades que realiza la **Fundación Dr. José María Álvarez I.A.P.**, está la de recaudación de donativos tanto en efectivo como en especie, que se aplican directamente a los servicios asistenciales que proporcionamos. Con lo cual logramos mantener las becas otorgadas y las bajas cuotas de recuperación de los servicios asistenciales que se brindan a cada uno de nuestras niñas, niños o adolescentes. Estos donativos provienen de diversas organizaciones y empresas, tanto de sector público como del sector privado, que en algunos casos requieren sustentar la entrega y recepción de los donativos, así como la participación de su personal en diversos eventos efectuados entre sus empleados y las niñas, niños o adolescentes a quienes están beneficiando. Por lo tanto a **Fundación Dr. José María Álvarez I.A.P.**, le solicita su autorización formal y de manera gratuita para tomar en los casos que así se requieran imágenes fotográficas y videos, de las niñas, niños o adolescentes, en las cuales aparezcan individualmente o en grupo, con la finalidad de evidenciar la entrega de los donativos a nuestra institución, y a su vez el donante poder presentar la evidencia de los proyectos asistenciales a los que apoyan.

Solicitamos que los padres de familia firmen este formato autorizando o no la presencia de su hija (o) en dichas fotografías o videos para ciclo escolar 2022-2023. Este formato deberá entregarse junto con el formato de inscripción al momento de inscribir o reinscribir a su hija (o).

Autorizo de manera gratuita para que mi hija (o) aparezca en las fotografías o videos de forma individual o grupal, durante la realización de actividades escolares y extraescolares, para que se publiquen en los diferentes medios internos y externos de la **Fundación Dr. José María Álvarez I.A.P.**, y de sus donantes.

Nombre de la alumna (o). _____ Fecha. _____

Primaria, Espiritu de México. Grado. _____ Secundaria, Sócrates. Grado. _____

Nombre y firma del padre, madre o tutor. _____

No autorizo que mi hija (o) aparezca en las fotografías o videos de forma individual o grupal, durante la realización de actividades escolares y extraescolares, para que se publiquen en los diferentes medios internos y externos con los que cuenta la **Fundación Dr. José María Álvarez I.A.P.**, y sus donantes.

Nombre de la alumna (o). _____ Fecha. _____

Primaria, Espiritu de México. Grado. _____ Secundaria, Sócrates. Grado. _____

Nombre y firma del padre, madre o tutor. _____



Formulario de Consentimiento / Liberación Lega.

Ciudad de _____ , a los _____ días de _____ de 20 _____

Atentamente:

Nombre completo y firma del cedente:

(Marca con una X)

Alumna (o). _____ Administrativo. _____ Docente. _____

Programa educativo: _____ No., de empleado: _____

Otro (especificar): _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Testigo 1

Testigo 2

Nombre completo y firma.

Nombre completo y firma.



Consentimiento / Liberación Legal del Pader o Madre / Tutor Legal.

Yo soy el padre, madre o tutor legal del menor de edad quien firmó el formulario de *Consentimiento / Liberación Legal* encima. Por la presente, por mí mismo tanto como por el menor de edad, doy permiso y consentimiento a la firma del menor de edad y apruebo los términos del *Consentimiento / Liberación Legal*.

Nombre completo del menor de edad: _____

Nombre completo del padre o tutor legal y firma: _____

Relación respecto del menor de edad: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

CDMX a: _____

