

Autorización para tomar fotografías o videos, filmar, grabar o realizar una entrevista

Yo, _____ autorizo a la University of Missouri Health Care/Servicios de Salud de la Universidad de Missouri y/o los representantes de los medios noticieros aprobados por MU Health Care/Servicios de Salud de UM, para que tomen fotografías, cintas de video, películas y grabaciones de sonido de mi persona, o para que realicen una entrevista conmigo y usen dicho material en cualquier forma para cumplir con sus propósitos. Yo doy mi consentimiento para que las fotografías, cintas de video, películas, grabaciones de sonido y/o entrevistas mías puedan ser copiadas, publicadas ya sea en forma impresa o en la World Wide Web/Red Mundial, televisadas o transmitidas con tales propósitos, junto con descripciones e información editorial.

Todas las fotografías, cintas de video, películas, grabaciones de sonido, entrevistas escritas, etc., son propiedad de la University of Missouri/Universidad de Missouri y/o medios de comunicación externos.

Firma _____ Fecha _____

Autorización de padres/tutores por niños menores de edad.

Yo, _____ certifico que soy el padre/la madre o el tutor de _____ y en nombre de él/ella doy mi consentimiento a que se lleve a cabo lo antes mencionado.

Firma _____ Fecha _____

El Departamento de las Relaciones Públicas completará esta parte

Activity/Actividad: _____

Media/Medio: _____

Staff/Personal: _____