



Por medio de la presente cedo al Departamento de Salud Pública de California (CDPH por sus siglas en inglés) todos los derechos para utilizar mi imagen en comunicaciones de Prensa, Carteles Publicitarios, Televisión, Internet y Radio.

Asimismo renuncio a toda demanda por pagos o regalías futuras para el uso, reutilización o reimpresión de mi fotografía, imagen o voz. Renuncio a mi derecho de inspeccionar o aprobar el producto final.

Estoy de acuerdo que toda fotografía, imagen, pietaje y grabación son propiedad de NEOPB, y si recibo copia o impreso o negativo, no autorizaré su uso por parte de ninguna otra persona.

Comprendo los términos de uso establecidos anteriormente y estoy de acuerdo y autorizo estos términos por medio de mi firma a continuación.

Firma del modelo _____

Nombre (favor usar letra de molde) _____

Domicilio _____

Teléfono _____ Fecha _____

Atestiguado por: _____

Agente _____

Si la persona que firma tiene menos de 18 años, consentimiento debe ser dado por el padre o tutor, a seguir:

Yo, el abajo firmante, actuando en la capacidad de padre/tutor de _____

_____, un(a) menor de edad, aseguro que tengo plena autoridad

para autorizar la presente, la cual he leído y aprobado.

Firma del Padre o Tutor _____

Nombre (favor usar letra de molde) _____

Atestiguado por: _____



Financiado por SNAP del USDA, un proveedor y empleador que ofrece oportunidades equitativas.