



**Autorización para cobertura mediática:**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Autorizo al Recinto de Ciencias Médicas a utilizar toda fotografía y video del menor arriba indicado, en páginas electrónicas, promociones, noticieros, prensa escrita y televisiva. Autorizo, también, a que mi hijo participe de cualquier cobertura mediática.

Nombre del Padre o Encargado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha