



Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
Escuela de Profesiones de la Salud



Relevo uso de Imagen

Yo, _____, padre, madre o encargado/a de _____, estudiante del Colegio Beato Carlos Manuel Rodríguez, autorizo por medio del presente escrito al **Programa de Tecnología Oftálmica del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico**, a utilizar la imagen de mi hijo/a de forma voluntaria y gratuita a través de grabación de video y/o fotos en campañas, promociones y demás materiales de apoyo durante el tiempo que se considere pertinente. La difusión y promoción de la Universidad se puede propagar en el país así como en el extranjero por cualquier medio; ya sea impreso, electrónico, entre otros.

Cedo y traspaso a esta institución todos los derechos de propiedad y privacidad en relación con este material.

Exonero de toda responsabilidad al **Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico** de cualquier reclamación que pudiera causar la exposición de dicho material a mi persona.

Firma del estudiante

Firma padre o tutor

Fecha

Fecha