



SANATORIO OTAMENDI
MIROLI S.A.

AUTORIZACIÓN FILMACIÓN DEL PARTO

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los días del mes de del año, yo, con Documento Nacional de Identidad N°, en carácter de mediante el presente, doy mi consentimiento al Sanatorio Otamendi para que mi parto sea grabado con fines de difusión de esta nueva técnica hacia la comunidad y docencia. En el mismo sentido, también presto mi expreso consentimiento para que el Sanatorio utilice y reproduzca (habiendo realizado un cuidadoso trabajo de edición para que resulte un producto respetuoso), mis imágenes y las de mi hijo /a, fotografías y/o videos que se obtengan durante el parto en medios de prensa, sin restricciones, con fines publicitarios y de promoción del Sanatorio, no teniendo por ende derecho a percibir compensación ni contraprestación alguna por el uso que se efectúe de dichas imágenes.

Firma de la madre

Aclaración

DNI

Firma del padre

Aclaración

DNI