

AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN

1. Declaro que autorizo al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección Provincial de Comunicación, que utilice total o parcialmente mi imagen, mi voz y/o reacciones, a fin de que la misma sea divulgada y/o incorporada con fines publicitarios institucionales en medios de comunicación audiovisuales, siendo asimismo posible dicha utilización en el marco de otras campañas de interés público que se generen en lo sucesivo en el ámbito de la Dirección Provincial de Comunicación.

2. En tal sentido autorizo al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección Provincial de Comunicación a que, durante la emisión de la publicidad institucional, incluya y edite la imagen, y ejecute todo otro acto encaminado a la divulgación del contenido, sin restricciones ni límites temporales, así como de medios para su reproducción y/o difusión.

3. Dejo expresa constancia que por medio del presente documento cedo de manera gratuita, únicamente al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección Provincial de Comunicación, el derecho a divulgar mi imagen en los términos del presente, no siento plausible de aplicación el artículo 9 del Convenio Colectivo de Trabajo de los Actores de Publicidad, relativo a las formas de contratación, el cual se transmite a continuación: *"FORMAS DE CONTRATACIÓN: Los contratos de trabajo se formalizarán por escrito, antes de la iniciación de la filmación con la intervención de la agencia de publicidad y deberán ser entregados a la Asociación Argentina de Actores dentro de los 5 días hábiles subsiguientes. El contrato será global por producción, entendiéndose que los salarios básicos de convenio que se establezcan comprenden la remuneración de 2 días de labor. Si el actor debiera continuar su trabajo más allá del plazo de 2 días, se considerará prorrogado el contrato abonandosele la proporción resultante de la remuneración convenida. En este último caso se convendrá con el actor fecha y hora de realización"*.

Firma del Autorizante _____

Aclaración _____

DNI _____

Lugar y Fecha _____

En caso de menores de edad completar los siguientes datos:

Forma del Padre o Madre / Tutor

Aclaración _____

Documento _____