



**AUTORIZACIÓN PARA USO DE IMAGEN**

A quien corresponda,  
Por medio de la presente, quien suscribe (Nombres y Apellidos)

.....  
.....

Documento Tipo (DNI - LC - LE- Pasaporte)

.....  
Número.....(marcar lo que corresponda)

SI  NO AUTORIZO como  PADRE  MADRE  TUTOR  REPRESENTANTE al Ministerio de Educación de la Provincia del Chubut a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes del Ministerio de Educación de la Provincia del Chubut, de el/la MENOR (Nombres y Apellidos)

.....  
.....

Documento Tipo..... Número .....

FIRMA .....

ACLARACIÓN .....

LUGAR ..... FECHA .....

**Ministerio de Educación de la Provincia del Chubut**