# CONCURSO DE LACTANCIA MATERNA: RIIS – SSANM

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

# Región Sanitaria:

1. **Nombre del Establecimiento de Salud**:

**Dirección: Telef:**

**Correo- E:**

1. **Autor: Telef**:

**Correo – E:**

**Cargo en el establecimiento de Salud del autor:**

**DECLARACIÓN DE PROPIEDAD Y CESIÓN DE DERECHOS:**

Yo, , autor del vídeo: \_ he leído y acepto las bases y condiciones para el Concurso de Lactancia Materna: RRISS - SSANM de vídeo, organizado por la Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia, y por el hecho de participar:

1. Cedo a la Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia, el permiso y los derechos de utilización, reproducción, difusión, en medios audiovisuales, impresos y electrónicos, así como el uso en exhibiciones y exposiciones públicas o privadas a nivel nacional o internacional, por tiempo ilimitado. La DIRSINA se compromete a divulgar el crédito cuando el video sea utilizado.
2. Garantizo y me responsabilizo ante la DIRSINA del cumplimiento de las disposiciones en materia de propiedad intelectual y de derechos de imagen sobre el video presentado, declarando que son creación mía y que su difusión y/o reproducción en el marco del concurso y de estas bases no lesionan ni perjudican a terceros y asumo personalmente cualquier responsabilidad que de las mismas pudiera derivarse.

Director del Establecimiento de Salud Firma y CI

Autor del video Firma y CI