



## AUTORIZACIÓN PARA LA TOMA DE IMÁGENES Y SU DIFUSIÓN

### PROGRAMA AMPLÍA SIN LÍMITES-UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA Curso 2024-2025

Yo, (apellidos, nombre del padre/ madre o tutor legal)

....., como

padre, madre o tutor legal de.....

**Autorizo/No autorizo** (marque la casilla correspondiente) a Sin Límites Asociación Aragonesa de Altas Capacidades y a la Oficina de Atención a la Diversidad (OUAD) de la Universidad de Zaragoza para el uso de imágenes fotográficas y/o digitales de mi hijo/a o tutorado/a con el fin de publicitar la actividad *Amplía Sin Límites-UZ* en sus webs, memorias, folletos, revistas, así como en medios de comunicación, redes sociales y cualquier otro medio electrónico.

AUTORIZO	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

NO AUTORIZO	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

.....  
Firma padre, madre o tutor legal