**El Formulario de la Autorización de la Información, las Fotos, y las Videos a los Medios de Comunicación del College of American Pathologists Foundation**

|  |  |
| --- | --- |
| Yo, (por favor, escribe su nombre por mano) |  |

doy el College of American Pathologists (CAP), College of American Pathologists Foundation (CAPF) y <<Escribe el nombre del lugar del evento>> (por la presente se denomina la Institución del Evento) el derecho absoluto y el permiso usar mi imagen en sus publicaciones, promociones, los programas de investigación/educación, y publicidad.

Entiendo que los imagenes, que podría o no podría incluir mi nombre y otras formas de identificación, puede ser utilizado en una publicación, anuncio, carta de promoción, medios electrónicos de comunicación (por ejemplo, video, CD-ROM, Internet, social media, etc.), o otra forma de promoción.

Por la presente renunciar a todos los derechos para inspeccionar o aprobar cualquiera de las versiones finales, incluida lo que escribe que pueda crearse en relación con ella.

Entiendo si mi foto está en el sitio del Internet del CAP, los usuarios de una computadora puede descargar el imagen. Por lo tanto, estoy de acuerdo indemnizar y mantener indemne de las siguientes reclamaciones:

* CAP
* CAPF
* Fotógrafo/camarógrafo
* Todos los empleados, CAP y CAPF
* La institución dónde el evento está

Yo soy de una edad legal. He leído este formulario y le da el College el permiso usar mi imagen como determina apropriado.

POR FAVOR, ESCRIBE SU NOMBRE POR MANO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre (ESCRIBE): |  | | |
| Correo electrónico: |  | | |
| Dirección: |  | | |
|  |  | | |
| Firma: |  | Fecha: |  |