# autorización para la liberación de los medios de comunicación:

# fotografía, video o entrevista

|  |  |
| --- | --- |
| Autorizo a Sinai Chicago a revelar el nombre e información de contacto de | |
| Nombre | Fecha de nacimiento (DD, MM, AAAA) |
| |  | | --- | | Autorizo a Sinai Chicago para grabar mi imagen a través de la grabación de vídeo y fotografías, así como para obtener mi opinión a través de entrevistas. Estoy de acuerdo que cualquier material tomado serán propiedad única y exclusiva de Sinai Chicago o representantes de los medios que pueden utilizar los materiales en cualquier forma que deseen, incluyendo la difusión al público en general a través de cualquier medio de comunicación. Entiendo que esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento excepto en la medida se ha tomado acción en dependencia de él. Además, entiendo que esta autorización permanecerá en efecto a menos que expresamente revocada por mí.  I autorizar el anterior sin esperar pago u otra compensación derivados o relacionados con el uso de mi imagen o grabación, y eximo a Sinai Chicago y sus empleados de cualquier y toda responsabilidad que pueda derivarse de la utilización de materiales. Entiendo que mi imagen puede ser editado, copiado, exhibido, publicado o distribuido y renuncia el derecho de inspeccionar o aprobar el producto final en donde aparece mi imagen. Además, renuncia a cualquier derecho a regalías u otra compensación derivados o relacionados con el uso de mi imagen o grabación. Sinai Chicago no condicionará el tratamiento en si firmo esta autorización. Además, entiendo que información usada o divulgada en conformidad con esta autorización puede ser sujeta a revelar por el destinatario y ya no puede estar protegido por la ley federal. No hay tiempo límite sobre la validez de esta versión.  Al firmar este formulario reconozco que he leído completamente y entender soltar lo anterior y de acuerdo a obligarse. Por la presente libero cualquier reclamo contra cualquier persona u organización utilizando este material para los fines señalados. | |  | | |
|  | |
| Firma (de tema o, si menor de 18 años, padre de tema) | Fecha (DD, MM, AAAA) |
| Teléfono |  |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Dirección de correo | Ciudad | Estado | Código postal | | |
| Email | |