

*S*ervicios de seguros y

**DIVULGACIÓN DE EXCLUSIÓN DE FOTO**

gestión de riesgos  
(541) 737-7252

risk.oregonstate.edu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actividad:** |  | **Fecha(s):** |  |

Complete y entregue este formulario **SOLO** si **NO** desea que la Universidad registre su participación y aparición en cualquier medio grabado.

Esta divulgación de exclusión de foto debe acompañarse del formulario correcto (es decir, las Condiciones del servicio voluntario o el Reconocimiento de riesgos y exención de responsabilidad) para su ACTIVIDAD. Esta divulgación de exclusión de foto es aplicable y válida para esta ACTIVIDAD por hasta 12 meses después de la fecha de la firma para una ACTIVIDAD en curso. Se sugiere que adjunte una foto reciente a este formulario para que pueda compararse con el material grabado durante la ACTIVIDAD para poder excluir la reproducción de su persona del material.

Yo, el abajo firmante, deseo que la Universidad no registre mi participación o aparición en ningún medio de grabación que incluye, entre otros, video, audio y fotos (en conjunto, "grabaciones") para cualquier tipo de uso (que incluye, entre otros, publicaciones, sitios web, blogs, Internet). Entiendo que la Universidad hará lo posible para cumplir con mi solicitud. Si me percato de una grabación con la reproducción de mi persona, notificaré al contacto de la Universidad para la ACTIVIDAD. Entiendo que la Universidad en ese momento hará lo posible para eliminar la reproducción de mi persona de las grabaciones.

**Por la presente confirmo que soy mayor de edad (18) y tengo derecho a firmar contratos en mi propio nombre, como se mencionó anteriormente. Ratifico que he leído la divulgación de exclusión de foto y estoy familiarizado con su contenido.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre (en imprenta): | |  | | | Número de teléfono: | | |  |
| Dirección: |  | | Ciudad: |  | | | Estado: |  |
| Firma: |  | | | | Fecha: |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| *Firme y envíe el formulario completo a* |  |

*(INGRESAR el nombre, la dirección y el número de teléfono del contacto del Departamento)*

===========================================================================================================

OBLIGATORIO PARA TODOS LOS PARTICIPANTES MENORES DE 18 AÑOS

**Por la presente confirmo que soy el padre, la madre o el tutor legal del participante arriba mencionado. En mi nombre y en el de mi cónyuge, pareja o cotutor, o cualquier otra persona que declare que el participante es su dependiente, he leído la divulgación de exclusión de foto y estoy familiarizado con su contenido.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma del padre, madre o tutor: |  | Fecha: |  |

Nota: Complete un nuevo formulario cada 12 meses para una ACTIVIDAD en curso, cuando participe en una nueva ACTIVIDAD o cuando la ACTIVIDAD cambie. Este formulario debe permanecer en el departamento donde se realiza la ACTIVIDAD y se debe guardar en cumplimiento con los requisitos de conservación de OSU.