**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN**

Por la presente, declaro que soy mayor de edad y que de conformidad con lo señalado en la Ley Federal del Derecho de Autor en sus artículos 86, 87 y 88, autorizo a la Dirección General de Servicio Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa, para usar fotografías o videograbaciones que incluyan imágenes, en carteles de difusión, redes sociales, informes mensuales, finales y demás material de apoyo que se consideren pertinentes para difusión y promoción del Programa: **“NOMBRE DEL PROGRAMA”** y que se distribuyan en el país o en el extranjero por cualquier medio, ya sea impreso, electrónico u otro tipo.

Asimismo, autorizo el uso de mi nombre y cualquier comentario que yo pudiese haber hecho mientras se grababa el video y que tal comentario sea editado con los fines señalados. Manifiesto que renuncio a todo derecho de inspeccionar o aprobar las secuencias de videograbación o fotografía, expreso también que tengo conocimiento que estos datos pueden editarse, copiarse, exhibirse, publicarse y/o distribuirse, por lo que, renuncio a cualquier derecho, regalías u otra compensación resultante del uso de ellos, o relacionada con ella.

Asimismo, de acuerdo con la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, cuenta con mi autorización y consentimiento para todo lo antes mencionado, estableciendo que dicha información se utilizará única y exclusivamente para los fines antes señalados, durante el tiempo que sea adecuado y dicha autorización podrá ser restringida mediante un escrito dirigido a la Dirección General de Servicio Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

**FOTOGRAFÍA(S) A AUOTIRZAR**

   

Dar clic derecho a la imagen en el submenú “cambiar imagen” para sustituir por la original.

|  |
| --- |
| Datos de la persona que autoriza las imágenes: |
| Nombre (Nombres Apellido Paterno Apellido Materno): | Dar clic derecho a la imagen en (cambiar imagen) para sustituir por la original. |
|  |
| Dirección (Calle, Número, Colonia, Ciudad, Municipio CP): |
|  |
| Correo Electrónico: | **Teléfono(s):** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datos del Testigo:  |  |
| Nombre (Nombres Apellido Paterno Apellido Materno): | Dar clic derecho a la imagen en (cambiar imagen) para sustituir por la original. |
|  |
| Dirección (Calle, Número, Colonia, Ciudad, Municipio CP): |
|  |
| Correo Electrónico: | **Teléfono(s):** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datos del Brigadista que solicita la evidencia:  |  |
| Nombre (Nombres Apellido Paterno Apellido Materno): | Texto  Descripción generada automáticamenteDar clic derecho a la imagen en (cambiar imagen) para sustituir por la original. |
|  |
| Proyecto: |
|  |
| Ciclo y Periodo de Servicio Social: |
|  |
| Correo Electrónico: | **Teléfono(s):** |
|  |  |

Culiacán, Sinaloa, México; a los \_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_.