**Autorización de reproducción de imagen fotográfica**

Por la presente yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_expedido por\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_autorizo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para que use, edite, publique, reproduzca, distribuya y/o licencie la imagen titulada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de cuyos derechos de autor soy titular (adjunta).

Reconozco que esta autorización no supone pago ni retribución incluyendo regalías u otra compensación resultante de su uso.

Tengo conocimiento de que esta imagen puede editarse, copiarse, exhibirse, publicarse o distribuirse, por varios medios incluyendo el electrónico, sin que tenga derecho a examinar o autorizar la reproducción del producto final en que ella aparezca.

La presente autorización no tiene fecha de expiración ni se restringe a límite geográfico alguno en cuanto a la distribución y/o reproducción de esta imagen. Certifico también que tengo la potestad de conferir los derechos antes mencionados y que el ejercicio de éstos no infringe los derechos de propiedad intelectual o de imagen de terceros.

Reconozco que he leído íntegramente y entendido plenamente la autorización anterior y conciente de las repercusiones legales acepto atenerme a ella.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_