UNIDAD DE BÚSQUEDA
DE PERSONAS DADAS POR DESAPARECIDAS
UBPD

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FOTOGRAFÍAS/VIDEOS/AUDIOS/ENTREVISTAS

Por medio del presente documento, yo, _____con CC: _____ a título personal y/o en nombre del Grupo _____, en el marco de la acción _____ llevado/a a cabo en el siguiente lugar _____ autorizo a la Unidad de Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas (UBPD) el uso de mi imagen, entrevista o audio, (fotografías/audios/videos/entrevistas), así como el de mi familiar desaparecido _____ con quién tengo el parentesco de _____ con el objetivo de visibilizar las acciones humanitarias de búsqueda de personas dadas por desaparecidas, en su dimensión de comunicaciones y pedagogía, en los siguientes canales: página web, redes sociales, medios de comunicación, cartillas, brochures, y demás canales comunicativos o pedagógicos gestionados por la UBPD, en el territorio nacional y/o en el extranjero, hasta que solicite la supresión de la imagen de la base de datos de la entidad. Las (fotografías/audios/videos/entrevistas) podrán ser usados para fines de campañas de comunicación masiva, impresa, digital y televisión, así como para la producción de piezas comunicativas, informativas y pedagógicas de la UBPD en el desarrollo de su misionalidad o a través de un tercero autorizado cuyo usó se realizará sin fines de lucro.
Declaro que cedo mis derechos de reproducción, comunicación pública, puesta a disposición, transformación y distribución del contenido de las fotografías/audios/videos/entrevistas.

Así mismo, entiendo que el tratamiento de la imagen siendo un dato personal, me otorga derechos para solicitar su rectificación, corrección, supresión o modificación de la imagen autorizada, para lo cual podré acudir a los mecanismos establecidos como conocer, actualizar y rectificar los datos o modificar las imágenes autorizadas. Recogidas en la Ley de Habeas Data y la Ley Estatutaria de Protección de Datos Personales.

Certifico que he leído o se me ha leído, que he comprendido y de manera voluntaria autorizó este documento.

Firma o Huella: _____. Tel: _____

Fecha: _____.

Contacto UBPD Responsable: _____. Dependencia: _____