

Forma para dar Authorization

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doy permiso a Caridades

 Nombre Impreso

Católicas de utilizar los documentos siguientes para folletos, la página de internet y otros propósitos relacionados a la promoción de Caridades Católicas. .

(Escriba sus iniciales en todo lo que aplique):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  | Utilizar cualquier fotografía o video tomado de mí y de mi familia. |
|  |  |  |
|   |  | **Usar mi/nuestro nombre** cuando el representante de Caridades Católicas tenga alguna entrevista acerca de mi/ nosotros y necesite dar alguna información.  |
|  |  |  |
|   |  | **El no usar mi /nuestro nombre** o cualquier información acerca de mi/ nosotros cuando el representante de Caridades Católicas tenga alguna entrevista conmigo/nosotros.  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha