GRAVACIÓ/REPORTATGE/ ACTIVITAT REALITZAT EL ........... de ............ de ..............

**Autorització per a la GRAVACIÓ, CESSIÓ I ÚS D’IMATGES de menors d’edat**

Els pares/pare/mare/tutor legal de , menor

d'edat i amb DNI núm. que ostenten la pàtria potestat

compartida/exclusiva (\*), acorda mitjançant la signatura de la present autorització que:

1. Que tinc prou capacitat per obrar i, conseqüentment, estic plenament facultat / da per a atorgar el consentiment que aquí es dirà.
2. Que presto el meu consentiment i autoritzo de forma expressa i irrevocable en aquest acte a L’INSTITUT DE RECERCA BIOMÈDICA DE LLEIDA FUNDACIÓ DR. PIFARRE - IRBLLEIDA, perquè, directament o a través de qualssevol tercer, procedeixi a filmar, gravar, capturar i/o fotografiar la imatge del menor (incloent-hi veu i nom), en el marc de la producció d'un producte de comunicació consistent en .
3. Així mateix, els autoritzo a emmagatzemar, reproduir, comunicar públicament, distribuir, cedir a tercers, utilitzar i difondre la imatge del menor, veu i nom (incloent- hi el doblatge i subtitulat en qualsevol idioma) així com aquests enregistraments i/o fotografies en les quals aparegui, en el marc de l'explotació del citat producte de comunicació en qualsevol mitjà i format (amb caràcter enunciatiu, però no limitatiu, Televisió, Ràdio, Internet i Internet per a telefonia mòbil), així com qualssevol ús amb finalitats publicitàries en connexió amb el producte.
4. Cedeixo a L’INSTITUT DE RECERCA BIOMÈDICA DE LLEIDA FUNDACIÓ DR. PIFARRE - IRBLLEIDA la totalitat dels drets de Propietat Intel·lectual i imatge (inclosa la veu i el nom) que es derivin de la participació del menor en la gravació/reportatge/activitat en els termes indicats en les presents condicions. Tot això amb l'única excepció i limitació d'aquelles utilitzacions o aplicacions que poguessin atemptar al dret a l'honor en els termes previstos en la Llei Orgànica 1/1982, de 5 de maig, de Protecció Civil al Dret a l'Honor, a la Intimitat Personal i Familiar i a la Pròpia Imatge.
5. La cessió dels esmentats drets és per a tothom i sense límit de temps, però únicament associada a l'explotació del citat producte de comunicació (incloent-hi totes les activitats publicitàries relacionades amb el mateix).
6. Que conec i accepto expressament que no es rebrà per aquest concepte cap quantitat ni contraprestació o preu per part de L’INSTITUT DE RECERCA BIOMÈDICA DE LLEIDA FUNDACIÓ DR. PIFARRE – IRBLLEIDA.

I perquè així consti, signo aquest document a Lleida, a de de

Signat per:

(Signatura del pare/tutor legal) (Signatura de la mare /tutor legal)

Signat: Sr./Sra. Signat: Sr./Sra

Nº DNI: Nº DNI:

(Signatura del menor)

Signat:

(\*) Indicar si la pàtria potestat/tutela és exclusiva d'un dels pares o tutors o compartida per tots dos

* Pàtria potestat/tutela exclusiva  Pàtria potestat/tutela compartida (es precisa la signatura de tots dos)

Adjuntar còpia del DNI del Signatari, així com una còpia del Llibre de Família o document que acrediti la tutoria legal.