

Don/ña _____ con DNI domiciliado en _____,
por la presente,

AUTORIZO

Al Dr /Dra _____, a la utilización de mi imagen en
grabación audiovisual, tomada con fecha _____, para su uso por ella o por
terceros con fines exclusivamente científicos.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Firma: _____