

Autorización para grabación de contenido audiovisual

D./D.^a _____, con D.N.I., Pasaporte o documento equivalente, n.º _____, mayor de 18 años, con domicilio para notificaciones en _____ localidad de _____ provincia de _____ C.P. _____ correo electrónico de contacto: _____

Por medio del presente escrito **doy mi consentimiento** a la Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora, para el uso o la reproducción de las secuencias filmadas en vídeo, de mi persona con motivo de mi participación en las actividades de simulaciones de pacientes estandarizados y en actividades que se desarrollarán en las distintas asignaturas del Grado de Enfermería.

Las secuencias filmadas o fotografías serán utilizadas para la promoción y difusión de la actividad, pueden usarse con esta finalidad mediante:

- Desarrollo de procesos de docencia, evaluación, calificación y revisión, incluida la evaluación continuada y la realización de tareas, pruebas y exámenes en entornos o por medios virtuales.
- La exclusiva visualización en nombre de la E.U.E. de Zamora en distintos foros de ámbito educativo y/o sanitario.

En Zamora, a _____ de _____ de _____

Firmado:

Información básica sobre protección de datos

Responsable	Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora
Finalidad	Uso de imagen personal
Legitimación	El interesado ha dado su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varios fines específicos. Art.6.1 a) RGPD.
Destinatarios	Estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora