

## AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN

En Santiago, don(ña) \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
autorizo a la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO**, representada por la **Dirección de Salud**, el uso de la imagen fotografiada, filmado u obtenida por cualquier medio de mi persona y la de mi hijo(a) o pupilo(a) \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ para la difusión y publicación en el marco de la **Semana de la Lactancia Materna 2023**.

FIRMA:

FECHA: