**AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN**

En Santiago, don(ñ)a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 2024****.*

FIRMA:

FECHA: