

**AUTORIZACIÓN DE USO Y EXPLOTACIÓN
DE DERECHOS DE IMAGEN****CURSO ACADÉMICO PARA EL QUE REALIZA LA SOLICITUD****2026-2027****DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE**

NOMBRE:

1º APELLIDO:

2º APELLIDO:

Nº DNI/TIE/PASAPORTE

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

NACIONALIDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

PROVINCIA:

CP:

TELÉFONO MÓVIL (Obligatorio):

TELÉFONO FIJO:

CORREO ELECTRÓNICO (Obligatorio):

En su condición de alumno/a de la Escuela Hospital Mompía
[centro adscrito a la Universidad Católica Santa Teresa Jesús de Ávila],**MANIFIESTA:**

Que tiene conocimiento de que las clases en las que va a participar se pueden grabar o realizar sesiones fotográficas.

Por tales motivos, el/la alumno/a firmante, (marque la opción que elige)

☐**AUTORIZA**☐**NO AUTORIZA**

A la **Escuela Hospital Mompía** con CIF N° A39019351 y con domicilio social en la Avda. de los Condes s/n Santa Cruz de Bezana, 39100, en exclusiva y con facultad de cesión a terceros, a grabar, reproducir y comunicar públicamente su imagen y hacer uso de la misma según sea captada y/o fijada para la elaboración de materiales y productos académicos y docentes a los fines de que los mismos puedan ser puestos a disposición de docentes y de los alumnos matriculados en los estudios de la **Escuela Hospital Mompía** durante el presente curso académico y para fines académicos, en cualquier medio o soporte.

A tal fin, el/la AUTORIZANTE cede a la **Escuela Hospital Mompía** y con facultad de cesión a terceros, sin limitación territorial ni temporal, los derechos de explotación necesarios, relativos y derivados de su imagen exclusivamente para la puesta a disposición, por la **Escuela de Enfermería Hospital Mompía**, a los docentes y a los alumnos/as y matriculados/as en la **Escuela Hospital Mompía**, de los materiales y productos académicos y docentes que elabore, en concreto, los derechos de fijación, reproducción directa o indirecta en cualquier medio, distribución, doblaje y subtitulado y comunicación pública, en los términos y con las limitaciones que constan en el presente documento.

Esta cesión se refiere a los usos que pueden darse a las imágenes, o partes de las mismas, grabadas en las clases en las que el/la alumno/a participe bajo la modalidad *streaming*, o durante la realización de exámenes o pruebas académicas utilizando los medios técnicos conocidos en la actualidad y para las aplicaciones que permitan una adecuada puesta a disposición de las mismas a los/as alumnos/as de la **Escuela Hospital Mompía**.

Todo ello con la única salvedad y limitación de aquellas utilidades o aplicaciones que pudieran atentar al derecho al honor en los términos previstos en la Ley Orgánica 1/85, de 5 de mayo, de Protección Civil al Derecho al Honor, la Intimidad Personal y familiar y la Propia Imagen.

El/la autorizante otorga su consentimiento para el tratamiento y cesión de sus datos personales, incluida imagen y voz, para las finalidades estipuladas en la presente Autorización.

Para la revocación de su consentimiento, así como el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición se deberá remitir una solicitud, acompañada de una fotocopia de su DNI/TIE/PASAPORTE, al correo electrónico: Info@escuelahospitalmompia.com o secretaria.alumnos@ucavila.es si es alumno de estudios de Grado.

Fecha: / /

Firma del Estudiante

Protección de datos.

Los datos personales recogidos en este impreso serán tratados con la finalidad de evidenciar el consentimiento para la captación y uso de imagen con el alcance expuesto en el mismo. La base jurídica que habilita al tratamiento de sus datos es su propio consentimiento. Sus datos personales (imagen / voz) podrán ser cedidos a terceros tal y como se expone en el presente formulario. Dispone de más información sobre la política de protección de datos personales de la Escuela de Enfermería TPCS Hospital Mompía en <http://www.escuelahospitalmompia.es/proteccion-de-datos/>. Podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a los tratamientos realizados con anterioridad. Asimismo, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos en el correo electrónico protecciondedatos@hospitalmompia.com. Además, si tuviera dudas sobre la protección de sus datos personales, podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en dpo@hospitalmompia.com.