



En Santiago de Chile, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, por medio del presente instrumento el suscrito, \_\_\_\_\_, como responsable del lugar \_\_\_\_\_, manifiesto mi autorización para realizar grabaciones audiovisuales referidas a la producción del proyecto/programa “\_\_\_\_\_” realizado por Estudiantes del Instituto de Altos Estudios Audiovisuales de la Universidad de O’Higgins, en adelante también la Productora, por sí o a través de los terceros que estime del caso.

Con motivo de las referidas grabaciones, autorizo y acepto que en \_\_\_\_\_ se grabe y utilice su imagen en video, se fotografíe y se registre, declarando que la Productora será el dueño exclusivo por el máximo de protección legal de dichas imágenes, fotografías y audios, pudiendo publicarlas, grabarlas, producirlas, reproducirlas, editarlas, adaptarlas, ejecutarlas públicamente, transmitir las y retransmitirlas, en Chile y el extranjero.

Lo anterior tiene como única limitación que el material a que se refiere este documento, sólo podrá ser utilizado para el proyecto/programa “\_\_\_\_\_”, de manera que cualquier uso distinto requerirá autorización.

Por los derechos antes indicados no se generará ningún tipo de pago o contraprestación.

Lo anteriormente declarado, es aceptado por la Productora a través de su representante.

Datos de la persona que Autoriza:

Locación : \_\_\_\_\_  
Fecha : \_\_\_\_\_  
Nombre : \_\_\_\_\_  
Cargo : \_\_\_\_\_  
Rut : \_\_\_\_\_  
Teléfono : \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_

# USO INTERNO FCOM

## DATOS DE LA FUENTE

**Locación:**

---

**Nombre:**

---

**Dirección:**

---

**Teléfono casa:**

---

**Teléfono oficina:**

---

**Teléfono celular:**

---

**E-mail:**

---

**Lugar de trabajo:**

---

**Capítulo o curso en que participó la fuente:**

---

**Miembro del equipo que gestionó la autorización:**

---