

**AUTORITZACIÓ DE PARES, MARES O RESPONSABLES LEGALS**

**DADES PERSONALS DEL NIN/A**

Llinatges:	
Nom:	
D.N.I.:	
Adreça:	
Municipi:	C.P.
Edat:	

**AUTORITZACIÓ**

En/Na \_\_\_\_\_

amb DNI núm. \_\_\_\_\_, com a pare, mare o tutor/a legal

d'en/na \_\_\_\_\_

dóna el consentiment perquè l'Ajuntament de Palma pugui utilitzar el material gràfic i/o audiovisual de les activitats realitzades per la Regidoria de Sanitat i Consum de l'Ajuntament de Palma, i en concret, les activitats ofertes pel programa "Palma Educa", on apareix el seu fill/filla. Aquest material gràfic i/o audiovisual estarà destinat a la promoció de la salut i a la difusió d'aquestes activitats a la comunitat.

**SIGNATURA DEL PARE, MARE O TUTOR/A**

Palma, a                      de/d'                      de 20                      .