AUTORIZACIÓN GRABACIÓN VOZ

D/Dª_____con DNI/NIE_____

como padre/ madre/ tutor/a y,

D/Dª_____con DNI/NIE _____

como padre/ madre/ tutor/a del alumno/a_____

estudiante del curso_____de Educación _____.

AUTORIZA/N

(Marque con una X)

☐ **SÍ AUTORIZO** ☐ **NO AUTORIZO**

A la captación de audios de la voz de su hijo/a, sin límite temporal alguno y hacer uso de la misma de acuerdo con las siguientes finalidades, siguiendo la legislación vigente de la Ley de Protección de Datos.

- Elaboración de publicaciones internas.
- Publicación en la Mediateca /Cloud de Educamadrid (Consejería de Educación)
- Publicación en la Web del Centro

No obstante, los firmantes pueden ejercer en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación del tratamiento de estos datos.

FIRMA DEL PADRE, MADRE/TUTOR/A **FIRMA DEL PADRE, MADRE/TUTOR/A**

_____ _____