

Autorización de Colaboradores

YO (1) de
nacionalidad, nacido el de de
DNI....., Teléfono:, y con domicilio
en..... de la localidad de

....., Pcia. de

DECLARO MI ACEPTACIÓN para participar de las actividades scouts desarrolladas por el
Grupo Scout de la Parroquia

..... de la Arquidiócesis / Diócesis de y para
que otros adultos responsables de las actividades tomen, en caso de accidente o enfermedad,
todas las medidas necesarias para salvaguardar mi integridad y salud.

Así mismo, autorizo al Grupo Scout arriba mencionado y a SCOUTS CATÓLICOS EN LA
ARGENTINA ("FSCA"), a utilizar de manera amplia, irrestricta y gratuita las imágenes que
hayan sido o serán tomadas, mientras sea miembro del Grupo Scout, durante el desarrollo de
actividades scout en cualquier organismo, sin limitación temporal alguna y/o geográfica, para
su almacenamiento, transmisión, uso, reproducción, comunicación pública, difusión,
publicación y/o edición en cualquier tipo de formato, soporte y/o medio de difusión, producto
gráfico y/o audiovisual, vinculado directa y/o indirectamente con la promoción, difusión y
conocimiento de sus actividades, productos y/u objetivos del Grupo Scout y FSCA
(incluyendo, pero no limitado a medios audiovisuales, redes sociales, internet, medios gráficos
impresos, existente y/o a desarrollarse en el futuro). Dejo constancia que me explicaron las
características y alcance de la presente autorización y que renuncio expresa e
irrevocablemente a todo y cualquier tipo de reclamo contra el Grupo Scout, FSCA, sus
administradores, directores, autoridades y miembros en relación a los derechos autorizados
por medio de la presente sobre las Imágenes y/o a percibir cualquier suma en concepto de
indemnización o remuneración por los usos autorizados precedentemente indicados,
relevando al Grupo Scout y FSCA de cualquier responsabilidad al respecto.

Además me comprometo a:

- ☐ Cumplir con los reglamentos, normas y condiciones establecidas por el Grupo Scout,
la Parroquia y la FSCA.
- ☐ Conocer y aplicar los protocolos de seguridad, prevención y otros que se desarrollen
para llevar adelante mi colaboración de forma segura para todos.
- ☐ En caso de revocación de esta autorización, hacerlo saber a las autoridades
correspondientes y por escrito.



Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Fecha: _____

(1) Nombre y apellido completo de quien firma la autorización, tal como figura en el DNI.

