Yo, (nombre en letra de imprenta) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por la presente otorgo permiso a Science Representantes de la Fundación de Educación de Indiana, para tomar y utilizar fotografías e imágenes mías en comunicados de prensa y / o materiales educativos.

Estos materiales incluyen publicaciones impresas o electrónicas, sitios web u otras comunicaciones. Estoy de acuerdo en que mi nombre e identidad pueden ser revelados en un texto descriptivo o comentario en conexión

Autorizo el uso de estas imágenes sin compensación alguna. Todos los negativos, impresiones y reproducciones digitales serán propiedad de la Fundación de educación de Indiana.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Fecha)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del emisor)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del autorizado)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Código postal)