



Western
University
OF HEALTH SCIENCES

Imagine Forma de Liberación

Doy la Universidad Occidental de Ciencias de Salud, (Western University Health Sciences) y sus apoderados el derecho de utilizar todo el fotográfico, audio visual, u otras imágenes visuales que me captaron en la Universidad, o durante cualquier acontecimiento o a la función en que se asociaron con la Universidad, sin cualquier restricción, para cualquier publicidad educativa o comercio promocional. Renuncio cualquier derecho de inspeccionar o aprobar la imagen, o materias finales que integran la imagen. Conuerdo que la Universidad Occidental de Ciencias de Salud posee el derecho de autor para estas imágenes y yo renuncio todos los reclamos que resultan de la diseminación o el uso de tales imágenes, incluyendo, sin limitación, cualquier reclamo de invasión de intimidad o difamación.

Nombre (imprima por favor) _____

Dirección _____

La ciudad/el estado/codido postal _____

Teléfono () ____ - _____

Como el individuo nombrado arriba, soy por lo menos 18 años de edad y competente a firmar esta forma de liberación.

Si concuerdo con la forma de liberación. He leído esta forma de liberación y estoy completamente familiarizado con su contenido.

No concuerdo con la forma de liberación.

Firma _____ Fecha ____/____/____

La persona que es nombrado arriba, y cuyo imagina ha sido solicitada, es menor de edad está bajo 18 años de edad. Como su guardián legal, yo firmo esta forma de liberación con la comprensión que estoy familiarizado con su contenido.

Firma _____ Fecha ____/____/____