

## Разрешение на опубликование

■ **Наименование мероприятия** \_\_\_\_\_

■ **Дата** \_\_\_\_\_

Мне известно, что правительство округа Малтнома может использовать мои изображения, имя и фамилию или заявления в целях описательного изложения событий или информирования общественности о программах правительства округа.

Правительство округа может использовать мои изображения, имя и фамилию или заявления любым из следующих способов:

**посредством опубликования фотографий, видеозаписей и (или) звукозаписей в телевизионных передачах, на сетевых сайтах и с помощью социальных средств массовой информации.**

Я соглашаюсь со следующим:

- правительство округа может использовать мои изображения, имя и фамилию или заявления в любое время;
- правительство округа может использовать мои изображения, имя и фамилию или заявления до \_\_\_\_\_ (указать дату);
- правительство округа может передавать мои изображения, имя и фамилию или заявления с целью их использования другими организациями или предприятиями средств массовой информации.

Я обязуюсь не возбуждать против правительства округа Малтнома какие-либо судебные иски и не предъявлять ему какие-либо требования о возмещении убытков в связи с использованием моих имени и фамилии, изображений или заявлений, в том числе не предъявлять ему какие-либо обвинения в клевете (диффамации) или во вмешательстве в личную жизнь. Если мне меньше 18 лет, мой родитель или законный опекун подписал это разрешение от моего имени и соглашается с условиями этого документа.

■ **Имя и фамилия, печатными буквами** \_\_\_\_\_

■ **Подпись** \_\_\_\_\_

■ **Имя и фамилия родителя или опекуна, печатными буквами** \_\_\_\_\_

■ **Подпись родителя или опекуна** \_\_\_\_\_

■ **Телефон** \_\_\_\_\_ ■ **Email** \_\_\_\_\_

## Разрешение на раскрытие медицинской информации

■ **Имя, фамилия** \_\_\_\_\_ ■ **Дата рождения** \_\_\_\_\_

### Я разрешаю:

- департаменту здравоохранения правительства округа Малтнома
- департаменту охраны общественного порядка правительства округа Малтнома
- отделу обслуживания престарелых, лиц с нарушениями функций и ветеранов войны правительства округа Малтнома
- отделу обслуживания лиц с нарушениями развития правительства округа Малтнома

раскрывать мои **имя и фамилию, адрес, номер телефона и изображения, а также информацию о состоянии моего здоровья**, находящиеся в распоряжении управления связи правительства округа Малтнома, в целях описательного изложения событий или информирования общественности о программах правительства округа.

...

Я могу отменить это разрешение в любое время, направив соответствующий письменный запрос в указанное выше управление правительства округа. В случае отмены мною этого разрешения правительство округа Малтнома не будет предоставлять упомянутую информацию каким-либо другим сторонам. После того, как правительство округа раскроет относящуюся ко мне информацию другой стороне, вы можете попросить такую другую сторону прекратить использовать полученную информацию, но правительство округа не может требовать от другой стороны прекращения использования такой информации.

Я могу отказаться подписать эту форму, и никакая вышеупомянутая относящаяся ко мне информация не будет раскрыта управлениям связи. Заполнение этой формы не требуется для лечения, оплаты лечения, регистрации в качестве участника программы медицинского страхования или получения права на использование льгот.

Действие настоящего разрешения прекращается через 10 лет после наступления указанной ниже даты.

Я могу потребовать выдачи мне копии этой формы.

■ **Подпись:** \_\_\_\_\_ ■ **Дата:** \_\_\_\_\_

Если какое-либо лицо подписало эту форму от имени другого лица (например, ребенка младше 18 лет), пожалуйста, заполните предусмотренные ниже поля.

■ **Имя и фамилия личного представителя (печатными буквами)** \_\_\_\_\_

■ **Степень родства:** \_\_\_\_\_

■ **Подпись личного представителя** \_\_\_\_\_