

**DECLARACIÓN JURADA
CONCURSO FOTOGRAFICO**

_____ de _____ del 2025

Yo, _____, con número de DNI _____, con domicilio en _____, como participante.

Por este medio DECLARO lo siguiente:

- Que, al participar en el **"I CONCURSO FOTOGRÁFICO: LUGARES SALUDABLES DEL AYUNTAMIENTO DE VILLAQUILAMBRE 2025"**, declaro conocer y aceptar las bases del mismo, incluida la cesión de derechos de uso de las imágenes por la **CONCEJALÍA DE BIENESTAR SOCIAL, SANIDAD SERVICIOS SOCIALES Y TURISMO DEL AYUNTAMIENTO DE VILLAQUILAMBRE** para fines de difusión en los diferentes canales de la institución en el tiempo que se requiera.

En tal sentido, por este medio declaro que autorizo de forma expresa e irrevocable al **AYUNTAMIENTO DE VILLAQUILAMBRE**, identificado con C.I.F. P2422600C con domicilio en Plaza La Constitución s/n 24193 Villaquilambre (León) , ceder los derechos que por el presente documento le otorgo, a que pueda utilizar en calidad de cesionario, indefinidamente, gratuitamente y sin limitación geográfica de ninguna clase, con ocasión del concurso en que participo denominado **"I CONCURSO FOTOGRÁFICO: LUGARES SALUDABLES DEL AYUNTAMIENTO DE VILLAQUILAMBRE 2025"**.

También cedo los derechos para:

a) El derecho de reproducción en cualquier soporte de las fotografías realizadas por mí en mi calidad de participante del **"I CONCURSO FOTOGRÁFICO: LUGARES SALUDABLES DEL AYUNTAMIENTO DE VILLAQUILAMBRE 2025"**

b) El derecho de publicación, exhibición, comunicación pública, difusión y distribución a terceros de las fotografías realizadas por mí en mi calidad de participante del **"I CONCURSO FOTOGRÁFICO: LUGARES SALUDABLES DEL AYUNTAMIENTO DE VILLAQUILAMBRE 2025"**

Todo ello con la única salvedad y limitación de aquellas utilidades o aplicaciones que pudieran atentarse al derecho al honor en los términos previstos por la normativa de la materia. Asimismo, dejo constancia que la presente cesión incluye autorización para el uso de la fotografía con fines publicitarios.

- Que, tengo el consentimiento previo, expreso y por escrito para utilizar las imágenes de los rostros de las personas que salen en mi fotografía, incluyendo para el caso de menores de edad la autorización de sus padres o apoderados. En tal sentido, conozco y acepto responsabilidad en caso de falsedad de lo declarado.

- Que, declaro ser el autor exclusivo de la obra que será enviada al correo electrónico **fotografiaysalud2025@gmail.com**. para el **"I CONCURSO FOTOGRÁFICO: LUGARES SALUDABLES DEL AYUNTAMIENTO DE VILLAQUILAMBRE 2025"**, y ser el único representante de los derechos patrimoniales de la misma, afirmando que se encuentra libre de carga o gravamen, no existiendo acto o contrato que impida su libre disposición.

- Que, a través del presente documento, con la obra presentada no vulnero ningún derecho de terceros. En consecuencia, el **AYUNTAMIENTO DE VILLAQUILAMBRE** no asumirá ningún tipo de responsabilidad por cualquier reclamo que se genere por la utilización de las imágenes de las personas que aparecen en la fotografía entregada con ocasión de mi participación en el concurso, quedando el **AYUNTAMIENTO DE VILLAQUILAMBRE** exento de cualquier tipo de responsabilidad frente a cualquier tercero.

- Que, otorgo al **AYUNTAMIENTO DE VILLAQUILAMBRE** la licencia gratuita, indeterminada, no exclusiva y sin limitación geográfica, de los derechos patrimoniales de reproducción y puesta a disposición de la obra entregada para el **"I CONCURSO FOTOGRÁFICO: LUGARES SALUDABLES DEL AYUNTAMIENTO DE VILLAQUILAMBRE 2025"**, ya sea de forma directa o indirecta, bajo cualquier forma o medio (explosión, internet o cualquier otro medio por el cual se pueda acceder a la obra en el lugar y momento que se desee), de conformidad con la legislación de propiedad intelectual, derechos de autor y toda la demás aplicable.

- Que cumplo con los requisitos de no ser miembro de Agrupaciones Fotográficas que formen parte de sus Juntas Directivas y profesionales del sector, así como que no soy persona relacionada con la organización del Concurso.

Salvo para lo previsto en el presente documento, la **CONCEJALÍA DE BIENESTAR SOCIAL, SANIDAD SERVICIOS SOCIALES Y TURISMO DEL AYUNTAMIENTO DE VILLAQUILAMBRE** guardará confidencialidad respecto a todos los datos de carácter personal y/o sensibles consignados en el presente documento, así como los obtenidos en virtud de la presente relación y se obliga a custodiar e impedir el acceso a los mismos a cualquier tercero ajeno.

He leído cuidadosamente el presente documento, lo comprendo íntegramente y por tal motivo presto mi conformidad.

Firma del participante: _____

Nombres y apellidos: _____

DNI: _____