**DOCUMENTO 6**

**Autorización para dar difusión y publicación del trabajo presentado en la web del COPCLM y en Diario Sanitario.**

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI, NIE, PASAPORTE (indicar tipo de documento):

CORREO ELECTRÓNICO:

TELÉFONO:

DOMICILIO:

MUNICIPIO/ PROVINCIA/ PAIS:

CÓDIGO POSTAL:

**AUTORIZACIÓN**:

POR EL PRESENTE ESCRITO AUTORIZO EXPRESAMENTE LA DIFUSIÓN Y PUBLICACIÓN DEL TRABAJO PRESENTADO EN LA WEB DEL COPCLM Y EN LA WEB DE LA FACULTAD DE MEDICINA, ASÍ COMO EN DIARIO SANITARIO (HTTPS://DIARIOSANITARIO.COM), CON INCLUSIÓN, EN SU CASO, DE FOTOGRAFÍA DE MI PROPIA IMAGEN VINCULADA A LA EXCLUSIVA DIFUSIÓN DEL TRABAJO.

En..................................., a ............. de .......................................... de 2023.

Fdo..........................................................