

Anuncio de Servicio Público: Concurso de Video y Artes Formulario de reconocimiento

"¡Sé una influencia positivo para tus amigos! ¡Drogarse no es padre!"

Objetivo del concurso: Crear un mensaje efectivo con una imagen digital para evitar que los jóvenes consuman marihuana, alcohol, tabaco u otras drogas.

Los *proyectos* que entren al concurso no pueden incluir materiales protegido por derechos de autor, al menos que ya se haya obtenido el permiso. Tengan en cuenta que los elemento como la música, marcas e íconos, logotipos en sombreros, ropa, automóviles, computadoras y carteles/posters tienen derechos de autor.

Yo, _____, por medio de la presente declaro que todo el cortometraje, incluyendo la música e imágenes, son proyectos creados originalmente, o que he obtenido el permiso legal adecuado para usar los materiales con derecho de autor. Los proyectos se anularán si están incompletos, se reciben después de la fecha límite del concurso, se extravían, dañan o no son visibles debido a un error técnico. Todos los proyectos pasarán a ser propiedad de North Coastal Prevention Coalition. Doy permiso a North Coastal Prevention Coalition de usar los nombres, fotografías y videos con fines de publicidad y promoción. Estoy consciente de que al entrar en el concurso, acepto cumplir con todas las reglas y regulaciones del mismo.

El concurso se vence el 3 de abril de 2023 a la 12pm.

Al entrar al concurso, acepto los términos y condiciones descritas en los materiales del concurso.

Nombre: _____ Edad: _____

Grado de escuela: _____

Nombre de la escuela: _____

Email: _____

Teléfono: _____

Firma del estudiante: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____

Términos y condiciones:

Concedo a North Coastal Prevention Coalition el derecho de reproducción de mi Anuncio Público para ser difundido en la comunidad. Entiendo que mi anuncio público no será devuelto. Entiendo que el uso de materiales con derechos de autor sin permiso es una violación a las reglas del concurso y si usara materiales con derecho de autor, enviare el permiso correspondiente.

Vista Community Clinic serves as the fiscal agent for NCPC grants and contracts.

Funded in part by the County of San Diego, HHSA, Behavioral Health Services.

For information contact NCPC office at (760)-631-5000 ext. 7174 or email at www.northcoastalpreventioncoalition.org

EL FORMULARIO DEBE COMPLETARSE PARA CADA ENTRADA

Formulario de inscripción

Envía el formulario de inscripción, autorización y el//los proyectos para el concurso

Envió en línea:

- Envíe la imagen digital en el formato correcto (PDF / JPEG / PNG) y el tamaño del formato (2592 x 864 píxeles O 5292 x 1404 píxeles) O un video de 30 segundos en formato MP4
- Agregue 'Significado o inspiración para su entrada' (en 200 palabras o menos, proporcione una descripción de su entrada y el mensaje que espera que envíe) envíe en el cuerpo del correo electrónico de entrada o en un documento de Word. **título: PSA Contest**

Fecha donde todos los proyectos deben ser RECIBIDAS: 3 de abril de 2023 11:59 pm.

Para más información, visita: <https://northcoastalpreventioncoalition.org/get-involved/psa-contest/>

ESTUDIANTE/GRUPO:	
ESCUELA/ORGANIZACIÓN:	
DIRECCIÓN:	
TELÉFONO #:	
EMAIL:	
TÍTULO DE ARTÍCULO:	

Al firmar, Al firmar a continuación, reconozco que esta presentación es una obra de arte original para este concurso y fue desarrollada por jóvenes en los grados 6-12 en el condado de San Diego Condado de acuerdo con las instrucciones del concurso North Coastal Prevention Coalition/Vista Community Clinic 420 Remix. Estoy de acuerdo en completar y proporcionar todos los formularios y documentos necesarios según sea necesario, incluyendo el formulario de divulgación de fotos / imágenes, el permiso de los padres y el de reconocimiento de derechos de autor.

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Firma de Padre/madre/tutor/consejero: _____ Fecha: _____

Para envíos por Email, el marcar la cajita significa la firma y el acuerdo con todas las reglas del concurso.

Vista Community Clinic serves as the fiscal agent for NCPC grants and contracts.

Funded in part by the County of San Diego, HHSA, Behavioral Health Services.

For information contact NCPC office at (760)-631-5000 ext. 7174 or email at www.northcoastalpreventioncoalition.org

Formulario de liberación

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE LA IMAGEN DEL PARTICIPANTE EN VIDEO, IMÁGENES FOTOGRÁFICAS E INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Yo _____ autorizo a la Clínica de la Comunidad de Vista (VCC) y sus afiliados, subsidiarios, divisiones, directores, funcionarios, agentes, empleados, y sus contratistas independientes (denominados colectivamente en este documento como "VCC") para utilizar y divulgar mi imagen en fotografías y/o videos tomados de mí y la información acerca de mi salud, incluyendo nombre, edad, tratamientos recibidos, diagnósticos y mis resultados, para comercialización, proyectos promocionales, instructivos, o educativos ("Proyectos") que muestran cómo los programas de la Clínica de la Comunidad de Vista "VCC" North Coastal Prevention Coalition ayudan a las personas a través de su áreas de servicios.

Los proyectos podrán ser comunicados a las agencias gubernamentales, donantes corporativos o individuales, fundaciones, y público en general, pueden incluir, pero no están limitados a: videos, boletines, sitios web, informes, folletos, comunicado de prensa, presentaciones, exposiciones, exhibiciones, presentaciones de PowerPoint, actividades en medios sociales, los informes anuales, aplicaciones, actividades de recaudación de fondos, y cartas de apelación. Renuncio a cualquier derecho de compensación o propiedad de dichas fotografías y/o videos tomados de mí.

Si una notificación de declaración de nulidad se presenta **por escrito** a la Clínica de la Comunidad de Vista, esta autorización puede ser revocada en cualquier momento. La revocación puede ser entregada en mano o enviado por correo a: Vista Community Clinic en 1000 Vale Terrace Vista, CA 92084. Entiendo que no seré capaz de revocar esta autorización si "VCC" ya ha tomado acciones basadas en la autorización, inclusive si revoco mi autorización "VCC" puede no ser capaz de detener o eliminar mi imagen e información protegida de mi salud en proyectos ya divulgados.

Entiendo que las fotografías y/o videos y mi información de salud protegida pueden usarse en los sitios de medios sociales y que, una vez publicada en Internet, tales imágenes e información son casi imposibles de recuperar

Ponga sus iniciales aquí _____

Estoy consciente de que "VCC" puede recibir remuneración directa, o indirecta, en relación con el uso o divulgación de mis imágenes y mi información para los propósitos establecidos en este documento.

Entiendo que "VCC" no puede requerir que firme esta autorización para que yo reciba el tratamiento, que mi firma en esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. Estoy consciente de mis derechos a recibir una copia de esta autorización firmada.

**Nota: Esta autorización se refiere tanto a los usos internos como externos de VCC.*

Firma del participante _____ Fecha _____

Firma del representante legal del participante _____ Fecha _____

Vista Community Clinic serves as the fiscal agent for NCPC grants and contracts.

Funded in part by the County of San Diego, HHSA, Behavioral Health Services.

For information contact NCPC office at (760)-631-5000 ext. 7174 or email at www.northcoastalpreventioncoalition.org