

BASES 5º CONCURSO FOTOGRAFICO

“LACTANCIA MATERNA EN MI FAMILIA”

Año 2017

- I. **OBJETIVO DEL CONCURSO:** Incentivar en la comunidad chillanejas, el fomento de la Lactancia Materna y su práctica a nivel familiar y/o social.
- II. **DE LOS PARTICIPANTES:** Podrán participar todas las madres que amamanten a sus hijos, ya sea de forma exclusiva o complementada con comidas. Los niños pueden ser de cualquier edad.
- III. **CARACTERISTICAS DE LA FOTOGRAFÍA:**
 1. Deberá demostrar en lo posible cómo amamanta a su hijo.
 2. Se evaluará cómo la participante demuestra el desarrollo de la lactancia materna en el entorno familiar, social y/o laboral.
- IV. **PRESENTACIÓN:**
 1. La inscripción será totalmente gratuita.
 2. El participante deberán entregar una fotografía impresa en tamaño que desee junto con el consentimiento informado firmado (con la encargada del comité de lactancia de su Cefsam o en la Dirección de Salud Municipal) y además enviarla en formato digital (JPG) al correo promocionsaludchillan@gmail.com
 3. Todas las fotografías deberán indicar el Nombre y Rut de la madre y el niño participante y el Cefsam al que pertenece.
 4. La Dirección de Salud Municipal, podrá difundir y/o publicar las fotografías seleccionadas, previo consentimiento de la madre participante. Deberá firmar consentimiento informado anexo.
 5. La presentación y premiación de las fotografías se realizará el día 31 de julio 2017, en ceremonia de premiación con autoridades.

V. PLAZOS POSTULACIÓN:

Inicio **15 de mayo 2017 hasta el lunes 03 de julio 2017**. Deberá entregarla en su Centro de Salud o bien en la Dirección de Salud Municipal, Herminda Martín N°557 a nombre de Paula Sanhueza, correo promocionsaludchillan@gmail.com

VI. EVALUACIÓN:

La evaluación y selección de las fotografías estará a cargo del jurado constituido por la Directora de DISAMU, Representante SSÑ y Representante SEREMI Salud. Los resultados se entregarán el lunes 10 de julio.

VII. DE LOS PREMIOS.

Se entregarán premios a los tres primeros lugares:

- Primer Premio: Premio Sorpresa
- Segundo Premio: Premio Sorpresa
- Tercer Premio: Premio Sorpresa

CONSENTIMIENTO INFORMADO
AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Yo _____, cedula de identidad nº _____, fui fotografiada con mi consentimiento por _____, cedula de identidad _____, con fines artísticos y esta fotografía donde aparezco fue presentada con mi autorización al **“Concurso Fotográfico Lactancia Materna”** año _____ que organiza el Comité Comunal de Lactancia Materna de Chillán.
Si he permitido fotografiar a mi hijo/a menor de edad. Esta autorización incluye a dicho hijo/a _____, cedula de identidad _____.

Esta carta fue firmada con fecha _____

Entiendo que al utilizar la presentación de esta fotografía con mi imagen en dicho concurso estoy también aceptando las Bases del Concurso y por lo tanto autorizando la publicación de la fotografía en eventos de difusión de lactancia materna tanto en medios escritos, electrónicos y/o exposiciones abiertas al público.

Nombre y Firma de la persona fotografiada