

---

## AUTORIZACIÓN DE MENORES DE 18 AÑOS

Por la presente autorizo a mi hijo/a, \_\_\_\_\_  
DNI N° \_\_\_\_\_ a participar del **9º Congreso Nacional de Diabetes** a realizarse en  
Villa Giardino, Córdoba, del 18 al 21 de agosto de 2017. Asimismo, se informa que, ante nuestra ausencia, designamos  
responsable acompañante a cargo.

**PADRE:**

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma, aclaración y N° de Documento

**MADRE:**

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma, aclaración y N° de Documento

**RESPONSABLE A CARGO:**

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**Declaro bajo juramento que los datos consignados son correctos, deslindando de toda  
responsabilidad a las autoridades y organización intervinientes en el encuentro.**

**La Federación Argentina de Diabetes deslinda su responsabilidad ante la ocurrencia  
de cualquier inconveniente fuera del ámbito del predio donde se realice el evento y/o  
por consumo de sustancias nocivas (alcohol, drogas, etc.)**

*"Deberá ser completado y firmado, escaneado y enviado previo al viaje al mail [secretaria@fad.org.ar](mailto:secretaria@fad.org.ar) y  
efectivizar su entrega en la Secretaría del Evento, una vez ingresado al hotel"*