



Ref. No.: \_\_\_\_\_

Date Submitted: \_\_\_\_\_

Date to Finish: \_\_\_\_\_

# Release Form

<b>Department:</b> _____	<b>Date:</b> _____	<b>Mail Code:</b> _____
<b>Department E-Mail:</b> _____	<b>Extension:</b> _____	
<b>DEPARTMENT HEAD APPROVAL</b>		
<b>Name:</b> _____	<b>Signature:</b> _____	
<b>Position:</b> _____	<b>Date Signed:</b> _____	

I hereby consent and authorize King Saud Bin Abdulaziz for Health Sciences to use the photographs and videos taken on:

أمنح بموجب هذا الموافقة على تفويض "جامعة الملك سعود بن عبد العزيز للعلوم الصحية" بأخذ واستخدام الصورة الفوتوغرافية والفيديو التالية التي صورت من قبل "جامعة الملك سعود بن عبد العزيز للعلوم الصحية":

Location/الموقع: \_\_\_\_\_

Date / التاريخ: \_\_\_\_\_

Referred to above and/or drawings there from and any other reproductions or adoptions thereof.

ينسخ أو اتخاذ نسخ الصور فوتوغرافية والفيديو التي التقطت من قبل "جامعة الملك سعود بن عبد العزيز للعلوم الصحية" من أجل ذلك الغرض.

By this agreement I waive any legal right to inspect and/or approve the preliminary or final product/s, printed or digital, the photograph/s and video/s is/are used in connection with. I agree on that the photographs and videos, the copyright in the photographs/videos and all other rights in the photographs/videos or copies or reproductions thereof are the sole property of King Saud Bin Abdulaziz For Health Sciences. I further release "King Saud Bin Abdulaziz For Health Sciences." and all other persons entitled to use the photographs and videos, from all liability for libel, invasion of privacy, and all causes of action whatsoever in relation to the photographs.

بهذا الاتفاق اتنازل عن أي حق قانوني لاستعراض و / أو الموافقة على المنتجات الأولية أو النهائية المطبوعة أو الرقمية، والمستخدم في الصورة في هذا الصدد.

أوافق على أن الصور والفيديو، وحقوق النشر في الصورة الفوتوغرافية والفيديو وجميع الحقوق الأخرى في الصورة الفوتوغرافية والفيديو أو النسخ أو النسخ طبق الأصل هي ملكية حصرية لـ "جامعة الملك سعود بن عبد العزيز للعلوم الصحية".

من ناحية أخرى اعفي "جامعة الملك سعود بن عبد العزيز للعلوم الصحية" وجميع الأشخاص الآخرين والمخولون بموجب هذا الاتفاق باستخدام الصور والفيديو، من كل مسؤولية عن التشهير، وانتهاك الخصوصية، وجميع الدعاوى القضائية مهما كانت فيما يتعلق في الصور.

I acknowledge reading the entire document prior to signing and I am familiar with the contents.

أعترف بقراءة الوثيقة بالكامل قبل التوقيع وإنني على وعي بالمحتويات

NAME الاسم (PRINT LETTERS)	E-MAIL البريد الإلكتروني	MOBILE الهاتف المتحرك	SIGNATURE التوقيع	DATE التاريخ

PARENT/GUARDIAN APPROVAL:

موافقة الوالدين / الوصي

Signature / التوقيع

Mobile / الهاتف المتحرك

This signature section is required for a non-teammate female.

هذا الحقل خاص بالتوقيع مطلوب من كل من هي ليست من فريق العمل من النساء

Name / الاسم

Signature / التوقيع

UNIVERSITY RELATIONS &amp; MEDIA AFFAIRS USE ONLY:

VIDEO PRODUCER COMMENT:

 Approved Disapproved

Signature: \_\_\_\_\_

Date Signed: \_\_\_\_\_

NOTED BY PRODUCTION UNIT:

(Name &amp; Signature) \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

DEPARTMENT HEAD APPROVAL:

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

 Copy of Release Form Sent by E-Mail

Date Sent: \_\_\_\_\_

 E-Mail Confirmation Copy Attached