



ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CESIÓN DE DERECHOS DE IMAGEN Y VOZ DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Estimado/a padre, madre o tutor (a),

A través del presente queremos invitar a su menor de edad a su cargo a participar de una actividad realizada por el Proyecto Asociativo Regional (PAR) Explora Región de Los Ríos PAR23_14, de la Subsecretaría de Ciencias, tecnología, Conocimiento e Innovación, y ejecutado por la Universidad Austral de Chile, junto a la carrera de Tecnología Médica de la Universidad Santo Tomás, sede Valdivia.

Nombre de la Actividad	ArteconCiencia - Concurso de Dibujo de Microorganismos
Lugar	Región de Los Ríos
Fecha/s de la actividad	Abril a diciembre del 2024

Al firmar este consentimiento informado, usted otorga su permiso para que su menor de edad a su cargo participe en la actividad. Tenga en cuenta que la participación es voluntaria y que el/la menor puede retirarse de éste en cualquier momento sin consecuencias.

Además, tenga en cuenta que la actividad no implica ningún riesgo físico o emocional para él/la menor y que la información que nos entregue será confidencial. Es posible que en algún momento él/la menor sea fotografiado o grabado por el equipo a cargo de la actividad y estas imágenes eventualmente pueden ser utilizadas con fines pedagógicos y/o comunicacionales del Ministerio de Ciencias, Tecnología, Conocimiento e Innovación, Subsecretaría, de la institución ejecutora del Proyecto Asociativo Regional (PAR) Explora Región de Los Ríos o la carrera de Tecnología Médica de la Universidad Santo Tomás, sede Valdivia.

Usted puede otorgar su autorización para que el/la menor participe de la actividad, pero que no sea fotografiado, lo cual pudimos nos indique en el cuadro que aparece continuación.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la actividad, por favor no dude en contactarnos a través del correo electrónico concursomicroorganismos.ust@gmail.com

Acepto que el/la menor a mi cargo, participe de la actividad antes mencionada:

SI: ____ NO: ____

Acepto que se pueda hacer uso de las fotos o videos de la participación del menor a mi cargo, y que los registros puedan ser utilizados con fines pedagógicos y/o comunicacionales, renunciando al derecho de inspección o aprobación del material, así como los usos posteriores del mismo, en cualquier formato y plataforma. Renuncio también a entablar algún tipo de reclamación en contra de la Subsecretaría de Ciencias, Tecnología, Conocimiento e Innovación, institución ejecutora del Proyecto Asociativo Regional (PAR) Explora Región de Los Ríos o la carrera de Tecnología Médica de la Universidad Santo Tomás, sede Valdivia.

Autorizo que el/la menor a mi cargo, pueda ser fotografiado a grabado en la actividad antes mencionada:

SI: ____ NO: ____

Asimismo, autorizo a la Subsecretaría de Ciencias, Tecnología, Conocimiento e Innovación, institución ejecutora del Proyecto Asociativo regional (PAR) Explora Región de Los Ríos y carrera de Tecnología Médica de la Universidad Santo Tomás, sede Valdivia a reproducir el material obtenido, siempre y cuando esta reproducción se enmarque en el cumplimiento de sus funciones.

El presente consentimiento, cuenta con la aprobación explícita de el/la menor a mi cargo (asentimiento).



A continuación, se solicita completar la siguiente información del apoderado/a o tutor/a de el/la menor de edad.

Detalle	Datos del apoderado/a o del tutor/a
Nombre y apellido (legal)	
Nombre social (si corresponde)	
RUT	
Fecha de nacimiento	
Teléfono	
Correo electrónico	
Comuna	
Región	Los Ríos
Firma	
Fecha	

Detalle	Datos de el/la menor de edad
Nombre y apellido (legal)	
Nombre social (si corresponde)	
RUT	
Fecha de nacimiento	
Establecimiento educacional	