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 hijo/a a participar de una actividad realizada por el Proyecto Asociativo Regional (PAR) Explora Región Arica y Parinacota, código PAR25-15, de la Subsecretaría de Ciencias, Tecnología, Conocimiento e Innovación, y ejecutado por la Universidad de Tarapacá.

Nombre de la actividad	Congreso Regional Explora de Investigación e Innovación Escolar
Lugar (dirección Calle, N° , Comuna, Región, si corresponde)	Región de Arica y Parinacota
Fecha/s de la actividad	Julio - Agosto 2025

Al firmar este consentimiento informado, usted otorga su permiso para que su pupilo participe en la actividad. Tenga en cuenta que la participación es voluntaria y que el/la menor puede retirarse de ésta 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 el/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 Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, su Subsecretaría o de la institución ejecutora del Proyecto Asociativo Regional (antes individualizada).

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

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la actividad, por favor no dude en contactarnos a través del correo electrónico exploraricaparinacota@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 Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación o de la institución ejecutora del Proyecto Asociativo Regional (antes individualizada):

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

SI : _____ NO: _____

Asimismo, autorizo a la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación y a la institución ejecutora del Proyecto Asociativo Regional (antes individualizada) 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 y de el/la menor de edad.

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

Detalle	Datos de el/ la menor de edad
Nombres y apellido (legal)	
Nombre social (si corresponde)	
RUT	

Fecha de nacimiento	
Establecimiento educacional	