**ANEXO N° 3A**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO**

**Y**

**CESIÓN DE DERECHOS DE IMAGEN Y VOZ DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES**

A través de la presente autorizo a (indicar el nombre completo del/la menor a mi cargo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a participar de las actividades del Proyecto Asociativo Regional (PAR) Región de Los Lagos de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, y ejecutado por Universidad Austral de Chile, Sede Puerto Montt.

Además, a través de la presente autorizo que se pueda hacer uso del registro visual, audiovisual, audio y voz que exista de la participación del/la menor de edad bajo mi tutela en las actividades que participe a través de los programas Explora y Ciencia Pública. De completa conformidad, acepto que las grabaciones en video, fotografías y/o grabaciones de voz puedan ser utilizadas **con fines pedagógicos y/o comunicacionales** del Proyecto Asociativo Regional Explora Región Los Lagos y de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación.

Por este medio, expresamente renuncio a cualquier derecho de inspección o aprobación del material que incluya la participación del/la menor a mi cargo, ya individualizado; así como los usos posteriores del mismo, en cualquier formato y plataforma.

Reconozco que el PAR Explora Región Los Lagos ejecutado por la Universidad Austral de Chile, Sede Puerto Montt y la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, se basarán en estas autorizaciones para contar con el material que requiere producir, por lo que por este medio renuncio expresamente a entablar algún tipo de reclamación de cualquier naturaleza, en contra de alguna persona relacionada con el ejercicio de los permisos otorgados por el presente documento.

**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. **En el caso del apoderado/a o tutor/a se solicita firmar por diferenciado el consentimiento de la cesión de imagen y voz, dejando así la opción a optar por una o por las dos opciones.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Datos del apoderado(a) o tutor(a)** |
| **Nombres y apellidos (legal)** |  |
| **Nombre social (si corresponde)** |  |
| **RUT** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Comuna** |  |
| **Región** |  |
| **Firma por consentimiento** |  |
| **Firma por cesión de imagen y voz** |  |
| **Fecha** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Datos de el/la menor de edad** |
| **Nombres y apellidos (legal)** |  |
| **Nombre social (si corresponde)** |  |
| **RUT** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **Establecimiento educacional** |  |