**Anexo 1: Carta de compromiso Establecimiento Educacional, otras Instituciones u Aprendizaje en casa**

**Programa de Indagación para Primeras Infancias (PIPE)**

**PAR EXPLORA ATACAMA**

Por la presente, con fecha **(día)** de **(mes)** de **2023**, en **(ciudad, región)**, el **(nombre del establecimiento)** se compromete a participar de las actividades realizadas a través del **Proyecto Asociativo Regional PAR Explora Atacama** implementado por la **Universidad de Atacama.**

Quien suscribe, declara estar en conocimiento de las actividades y de las obligaciones que implica su participación de acuerdo a la reunión informativa otorgada por el proyecto **PAR Explora Atacama.** Me comprometo por medio de este documento a respaldar su implementación y otorgar las condiciones necesarias para cumplir con la planificación que desde el proyecto se nos informe.

| **Nombre persona natural o Representante Legal** |  | |
| --- | --- | --- |
| **Rut persona natural o Representante Legal** |  | |
| **Firma persona natural o Representante Legal** |  | |
| **Año de participación** | **2023** | **2024** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**CESIÓN DE DERECHOS DE USO DE IMAGEN Y VOZ ADULTOS/DOCENTES**

Estimado/a,

A través del presente queremos invitarlo/a a participar de una actividad realizada por el Proyecto Asociativo Regional (PAR) Explora Región Atacama PAR23\_03 de la Subsecretaría de Ciencias, Tecnología, Conocimiento e Innovación, y ejecutado por Universidad de Atacama.

| **Nombre de la actividad** | PROGRAMA DE INDAGACIÓN PARA PRIMERAS EDADES |
| --- | --- |
| **Lugar (dirección Calle, Nº , Comuna, Región)** |  |
| **Fecha/s de la actividad** |  |

Al firmar este consentimiento informado, usted declara que acepta participar en la actividad. Tenga en cuenta que la participación es voluntaria y que puede retirarse de ésta en cualquier momento sin consecuencias.

Además, tenga en cuenta que la actividad no implica ningún riesgo físico o emocional y que la información que nos entregue será confidencial. Es posible que en algún momento usted sea fotografiado o grabado por el equipo a cargo de la actividad y estas imágenes pueden ser utilizadas con fines comunicacionales.

De completa conformidad, acepta que las grabaciones en video, fotografías y/o grabaciones de voz puedan ser utilizadas con fines pedagógicos y/o comunicacionales de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación.

Por este medio, expresamente renuncia a cualquier derecho de inspección o aprobación del material que incluya su participación; así como los usos posteriores del mismo, en cualquier formato y plataforma.

Asimismo, autoriza a la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación a reproducir el material obtenido, siempre y cuando esta reproducción se enmarque en el cumplimiento de sus funciones.

A continuación, se solicita completar la siguiente información:

| **Detalle** | **Datos de el/la adulto/a** |
| --- | --- |
| **Nombres y apellido (legal)** |  |
| **Nombre social (si corresponde)** |  |
| **RUT** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Comuna** |  |
| **Región** |  |
| **Firma por consentimiento de participación** |  |
| **Firma por cesión de imagen y voz** |  |
| **Fecha** |  |