**Fecha: / /**

**ANEXO 1:   
CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD**

A través de la presente autorizo expresamente la participación del menor de edad bajo mi tutela en el Taller de Audiovisuales Científicos realizado por el Proyecto Asociativo Regional Explora Los Lagos del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación en conjunto con la Escuela Audiovisual TrasFoco.

De completa conformidad, acepto que se le grabe en video, fotografías y/o grabe su voz netamente con fines pedagógicos, comunicacionales o como respaldo de la realización de las actividades.

Autorizo la divulgación de estos Audiovisuales Científicos por parte de Explora Los Lagos en actividades del Festival de la Ciencia Los Lagos 2020 u otras propias del quehacer de la institución en cualquier formato y/o plataforma de comunicación.

Reconozco que el Proyecto Asociativo Regional Explora Los Lagos de la Universidad Austral de Chile Sede Puerto Montt se basará en estas autorizaciones para contar con el material que requiere producir, por lo que por este medio convengo no entablar algún tipo de reclamación de ninguna 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 del menor a mi cargo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Datos del apoderado(a) o tutor(a)** | **Datos del/la menor de edad** |
| **Nombre** |  |  |
| **Rut** |  |  |
| **Dirección (calle,comuna,región)** |  |  |
| **Teléfono** |  |  |
| **Firma** |  |  |

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

Nombre, Rut y Firma de tutor