**CESIÓN DE DERECHOS DE USO DE IMAGEN Y VOZ**

**DOCENTES/ADULTOS**

A través de la presente declaro que participo voluntariamente de las actividades de los Programas Explora y Ciencia Pública de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, implementados a través del **Proyecto Asociativo Regional PAR Explora Los Lagos.**

Además, a través de la presente autorizo que se pueda hacer uso del registro visual, audiovisual, audio y voz que exista de mi participación en las actividades 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 mi participación; 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.

A continuación, se solicita completar la siguiente información del adulto/docente.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Datos del/la docente/adulto** |
| **Nombre y apellidos (legal)** |  |
| **Nombre social (sólo si corresponde)** |  |
| **RUT** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Comuna** |  |
| **Región** |  |
| **Firma** |  |
| **Fecha** |  |