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

**PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN ESCOLAR (IIE) PAR Explora Los Lagos 2025-2026**

A través de la presente declaro que yo …………………………………………………………………………………………………. (indicar el nombre completo) participo voluntariamente de las actividades de los Programas Explora Los Lagos y Ciencia Pública de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación.

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 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 Proyecto Explora 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 de el/la docente/ adulto/a.

| **Datos del docente- adulto/a** |
| --- |
| Nombre completo |  |
| Nombre social (si corresponde) |  |
| RUT |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico |  |
| Comuna |  |
| Región | **Los Lagos** |
| Fecha |  |
| Firma |  |