



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y

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

Estimado/a Padre, Madre o Tutor(a),

A través del presente queremos invitar a su hijo/a a participar de una actividad realizada por el Proyecto Asociativo Regional (PAR) Explora Región de Los Lagos, de la Subsecretaría de Ciencias, Tecnología, Conocimiento e Innovación, y ejecutado por Universidad Austral de Chile, Sede Puerto Montt.

Nombre de la actividad	Programa de Educación al Aire Libre (PEAL) 2025-2026
Lugar	Universidad Austral de Chile, Sede Puerto Montt. Calle Los Pinos s/n – Sector Pelluco, Región de Los Lagos.
Fecha de la actividad	26 de mayo 2026

Al firmar este consentimiento informado, usted otorga su permiso para que su pupilo participe en la actividad. Tenga en cuenta que la participación es voluntaria y que él/la menor puede retirarse de ésta en cualquier momento sin consecuencias.

Además, tenga en cuenta que la actividad no implica ningún riesgo físico o emocional para él/la menor y que la información que nos entregue será confidencial. Es posible que en algún momento él/la menor sea fotografiado o grabado por el equipo a cargo de la actividad y estas imágenes eventualmente pueden ser utilizadas con fines pedagógicos/o comunicacionales del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e innovación, su Subsecretaria o de la institución ejecutora del Proyecto Asociativo Regional (antes individualizada).

Usted puede otorgar su autorización para que el/la menor participe de la actividad, pero que no sea fotografiado, lo cual pedimos nos indique en el cuadro que aparece a continuación.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la actividad, por favor no dude en contactarnos a través del correo electrónico claudia.alvarez02@uach.cl

Acepto que el/la menor a mi cargo, participe de la actividad antes mencionada:

SI: _____ NO: _____

Acepto que se pueda hacer uso de las fotos o videos de la participación del menor a mi cargo, y que los registros puedan ser utilizados con fines pedagógicos y/o comunicacionales, renunciando al derecho de inspección o aprobación del material, así como los usos posteriores del mismo, en cualquier formato y plataforma. Renuncio también a entablar algún tipo de reclamación en contra de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación o de la institución ejecutora del Proyecto Asociativo Regional (antes individualizada):

Autorizo que el/la menor a mi cargo, pueda ser fotografiado o grabado en la actividad antes mencionada:

SI: _____ NO: _____



Asimismo, autorizo a la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación y a la institución ejecutora del Proyecto Asociativo Regional (antes individualizada) a reproducir el material obtenido, siempre y cuando esta reproducción se enmarque en el cumplimiento de sus funciones.

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 del/la menor de edad.

Detalle	Datos del apoderado/a o del tutor/a
Nombres y apellido (legal)	
Nombre social (si corresponde)	
RUT	
Fecha de nacimiento	
Teléfono	
Correo electrónico	
Comuna	
Región	
Firma	
Fecha	

Detalle	Datos de el/ la menor de edad
Nombres y apellido (legal)	
Nombre social (si corresponde)	
RUT	
Fecha de nacimiento	
Establecimiento educacional	