ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CESIÓN DE DERECHOS DE IMAGEN Y VOZ DE MENORES DE EDAD

A través de la presente autorizo a mi pupilo/la a participar en la actividad Talleres de Fotografías Científicas, la cual será implementada por la Universidad Austral de Chile Sede Puerto Montt y Escuela Audiovisual TRASFOCO, durante los meses de Julio y agosto de 2021. Autorizo expresamente que las evidencias del trabajo realizado por mi pupilo/la sean entregadas a la Universidad Austral de Chile Sede Puerto Montt.

También autorizo que se pueda hacer uso del registro visual, audiovisual, audio y voz que exista de la participación del/la menor de edad bajo mi tutela en esta actividad. De completa conformidad, acepto que se entregue las grabaciones en video, fotografías y/o grabaciones de voz para ser utilizadas con fines pedagógicos y/o comunicacionales de la Universidad Austral de Chile Sede Puerto Montt

Por este medio, expresamente renuncio a cualquier derecho de inspección o aprobación del material que incluya la participación del/la menor a mi cargo, siempre que sea usado con fines pedagógicos y/o comunicacionales, en cualquier formato y/o plataforma.

Reconozco que 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 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.

El presente consentimiento, cuenta con la aprobación explícita de el/la menor a mi cargo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | DATOS DEL APODERADO/A Y/O TUTOR/A | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS |  | | |
| DIRECCIÓN (CALLE, COMUNA, REGIÓN) |  | | |
| RUT |  | TELÉFONO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  | | |
| FECHA |  | FIRMA |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | DATOS DEL/LA MENOR DE EDAD |
| NOMBRES Y APELLIDOS |  |
| RUT |  |
| DIRECCIÓN (CALLE, COMUNA, REGIÓN) |  |