# 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 de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, implementados a través del **Proyecto Asociativo Regional PAR 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 Subsecretaria 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** |
| **Nombres y Apellidos (Legal)** |  |
| **Nombre Social (si corresponde)** |  |
| **RUT** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Comuna** |  |
| **Región** |  |
| **Firma** |  |
| **Fecha** |  |