|  |
| --- |
| Título del proyecto: |
| Nombre Investigador/a Responsable: |
| Facultad/Escuela: |
| Tipo de investigación (pregrado, postgrado u otro) |
| Teléfono investigador/a: |
| Correo electrónico investigador/a Responsable:  |
| Nombre Coinvestigadores/as |
| Correo electrónico coinvestigadores/as |
| Centro de Investigación: |
| |**Consentimiento Informado Versión N°** | **Fecha: 00/00/0000**  |

1. Por el presente instrumento, dejo constancia que he recibido de parte de ......................................

la información respecto de la obtención de fotografías *(imagen)* de mi persona con fines relativos al proyecto de la referencia. La información que he recibido ha sido la adecuada, la he comprendido, habiéndose contestado todas mis dudas respecto de los motivos que hacen necesaria la toma de fotografías *(o imagen).*

2. Consiento en que se me tomen fotografías para el propósito de …...................................

**El término “fotografía” *(o imagen)* incluye** .................................................................................

3. Las personas autorizadas para tomar mis fotografías son.............................................................

y mis fotografías puede ser vista por...............................................................................................

4. Entiendo que se dispondrá de este material para los fines descritos y se mantendrá dicha información con los debidos resguardos confidenciales frente a terceros ajenos a los fines del presente proyecto.

5. Entiendo que no recibiré reembolso por las fotografías que proporcione.

6. Entiendo que la negación de consentimiento a la toma de fotografías *(o imágenes)* no afectará de ninguna manera mis derechos y no implica consecuencias negativas para mí.

7. Entiendo que una vez firmado este consentimiento puedo revocarlo cuando lo desee y que esta autorización expirará el día ...............................................................

8. Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

9. Se me ha informado que cualquier pregunta que desee hacer con relación a mi participación en esta investigación será respondida por el Investigador/a Responsable, cuyos datos de contacto se encuentran al inicio de este documento. También podré resolver mis dudas comunicándome con el Comité Ético Científico de la Universidad UNIACC al correo comitedeetica@uniacc.cl

**Otorgo mi consentimiento para la toma de fotografías** *(o imágenes)* **de mi persona.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del/a participante | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del profesional autorizado que obtiene el Consentimiento Informado  | RUT |  Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del Investigador/a Responsable | RUT | Firma | Fecha | Hora |

**Este documento sólo es válido si cuenta con la autorización y timbre del Comité Ético Científico de la Universidad UNIACC.**