Colegio Santa Teresa de Quilicura
Santiago/Quilicura/Rigoberto Jara 061
Tel:229485460
www.colegiosantateresaq.cl

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tratamiento y Difusión de Imágenes de Estudiantes

1. IDENTIFICACIÓN DEL APODERADO/A Y DEL ESTUDIANTE

Nombre Completo Apoderado/a: _____	**RUT Apoderado/a:** _____
Calidad en la que actúa: ( ) Padre ( ) Madre ( ) Tutor / Rep. Legal	**Teléfono / Contacto:** _____
Nombre Completo Estudiante: _____	**RUT Estudiante:** _____
Curso / Nivel: _____	**Año Lectivo:** 2027

2. AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA DE FINALIDADES Y MEDIOS

Por favor, marque con una 'X' su decisión:

Finalidad y Medio de Difusión	SÍ Autorizo
a) Redes Sociales Oficiales: Publicación de fotos grupales e individuales en Instagram, Facebook del colegio para difundir actividades, talleres, deportes y premiaciones. b) Sitio Web e Informativos Digitales: Difusión en la página web institucional, boletines virtuales y comunicados digitales a la comunidad escolar. c) Medios Impresos e Internos: Exposición en diarios murales del colegio, anuarios, revistas escolares impresas y afiches de alumnos destacados.	

La autorización es voluntaria y no condiciona la matrícula ni la participación del estudiante en las actividades escolares.

3. DECLARACIÓN Y FIRMA

Declaro haber sido informado/a de forma clara, suficiente y transparente sobre los fines del tratamiento de las imágenes de mi representado/a, otorgando mi decisión expresa según lo marcado en este formulario. Como apoderado titular, reconozco el derecho a acceder, rectificar, actualizar o revocar total o parcialmente las autorizaciones otorgadas, expresándolo formalmente por escrito en la secretaria del establecimiento.

_____

Firma del Apoderado / Representante Legal

RUT: _____

ESCUELA BÁSICA PARTICULAR N° 1639 SANTA TERESA QUILICURA

Quilicura,___/___/2027