



CONSENTIMIENTO DEL TUTOR

En el marco del programa MentorING desarrollado por la Facultad de Ingeniería de la Universidad de Concepción, desarrollaremos diferentes actividades presenciales en dependencias de la Universidad de Concepción que involucran la participación de _____ (nombre del adolescente), en adelante el/la “Adolescente”. Antes de iniciar este programa, necesitamos su consentimiento y algunas informaciones importantes para que éste pueda participar de manera segura y en condiciones en que se promueva su bienestar.

1. AUTORIZACIÓN DE ACTIVIDAD

Yo _____ (nombre y apellido del tutor), cédula de identidad N°: _____ asumo el rol de tutor y autorizo a _____ (nombre y apellidos del adolescente), cédula de identidad N° _____ a participar en actividades enmarcadas dentro del programa MentorING, a desarrollarse presencialmente en dependencias de la Universidad de Concepción, entre los meses de julio y noviembre de 2026.

Manifiesto como tutor que conozco los riesgos que implican el traslado y estancia fuera de su hogar, de lo cual asumo la responsabilidad.

2. AUTORIZACIÓN DERECHOS DE IMAGEN

Autorizo además expresamente al programa MentorING de la Facultad de Ingeniería de la Universidad de Concepción, para hacer uso del registro audiovisual que exista de la participación de el/la adolescente bajo mi tutela en las actividades del programa. De completa conformidad, acepto que se le grabe en video, fotografíe y/o se grabe su voz con fines pedagógicos y/o comunicacionales a través de sitios web, redes sociales y documentos oficiales de la Facultad de Ingeniería de la Universidad de Concepción.



Por este medio, expresamente renuncio a cualquier derecho de inspección o aprobación del material que incluya la participación de el/la adolescente a mi cargo; así como los usos posteriores del mismo, en cualquier formato y plataforma.

Reconozco que el programa MentorING se basará en estas autorizaciones para contar con el material que requiere producir, por lo que por este medio convengo no entablar algún tipo de reclamación de ninguna naturaleza, en contra de alguna persona relacionada con el ejercicio de los permisos otorgados por el presente documento.

3. CONSENTIMIENTO DE USO DE DATOS

Autorizo el uso de los datos personales del/de la adolescente recopilados en el marco del programa MentorING, con fines de análisis y estudios relacionados con la participación, experiencia e impacto del programa, asegurando su tratamiento confidencial y conforme a la normativa vigente sobre protección de datos personales.

4. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Tomo conocimiento que el canal de comunicación con la dirección del equipo MentorING es a través del correo mentoring@udec.cl. Este correo será también el canal formal que utilizará el equipo de MentorING para tomar contacto con el adolescente y/o tutor.

Para fines de contacto en situaciones particulares o de urgencia, dispongo y autorizo el contacto vía telefónica, según datos señalados en la tabla a continuación:

	Datos Tutor	Datos estudiantes
Nombre completo		
Teléfono		
Correo		

5. COMPROMISO DEL TUTOR

En cuanto a la participación en el programa MentorING, confirmo estar de acuerdo con:

- Velar para que el adolescente a cargo cumpla con los procedimientos enunciados en el **Código de Conducta** del programa MentorING, enfocada en mantener la sana



convivencia, el buen trato y la buena comunicación con todos los integrantes de la comunidad educativa durante la duración del programa.

- Informar a la Dirección del programa de cualquier situación que requiera de su conocimiento, al correo electrónico mentoring@udec.cl.
- Promover la participación del adolescente en el programa de acuerdo con el calendario de actividades entregado. Velar por su traslado y asistencia a las actividades presenciales en la Universidad de Concepción.

Finalmente, y a modo resumen:

Yo afirmo que tengo plena autoridad para otorgar el consentimiento entregado en este documento. SI_____ NO_____

Yo autorizo el uso de los datos personales del/de la adolescente recopilados en el marco de la ejecución de MentorING, con fines de análisis y estudios del impacto del programa.

SI_____ NO_____

Yo autorizo a que mi adolescente a cargo participe en fotografías, grabaciones de vídeo y de audio, los que puedan aparecer en medios impresos o digitales siempre y cuando se enmarquen en las actividades del Programa MentorING. SI_____ NO_____

Yo confirmo que he leído y comprendido el presente documento y acepto regirme por su contenido. SI_____ NO_____

Nombre y firma

Concepción, ____ de _____ de 2026

Nota: Como equipo del programa MentorING desarrollaremos las actividades respetando y haciendo regir el código de conducta establecido para el programa. Sin embargo, dejamos constancia que las opiniones vertidas en el desarrollo de las actividades son de exclusiva responsabilidad de quien la emite y no representa necesariamente el pensamiento del equipo de MentorING.