Fecha, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DIRECTOR/A DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE DESARROLLARÁ LA INVESTIGACIÓN**

Yo, (**nombre del responsable institucional**, **cargo, nombre de la institución)**, otorgo las facilidades correspondientes para desarrollar el presente estudio, a las y los investigadoras/es de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, (**nombre del investigador/a principal)** Investigador/a Principal, y Coinvestigadoras/es (**nombres de los o las académicos/as investigadores/as secundarios/as)**, a realizar el estudio (***“nombre del trabajo de titulación o del proyecto de investigación”)****,* en la institución que represento.

Expreso estar en conocimiento que el objetivo del estudio es (**objetivo del estudio),** y que para ello se requerirá aplicar (**nombre de las técnicas de recogida de datos o instrumentos a aplicar)** que consisten en (**explique muy brevemente de qué se trata y si utiliza siglas señale el nombre completo y luego la sigla)**. Las personas involucradas en el estudio serán (**indique las características de los sujetos de estudio o de la muestra)**, que (**asisten, se atienden o viven (escoger la más apropiada)**) en nuestra institución.

He sido informada/o de que los datos recogidos serán analizados en el marco de la presente investigación y que su presentación y divulgación científica será efectuada de manera que los usuarios/as no puedan ser individualizados/as. También he sido informada/o que los datos serán recogidos entre (**indicar fechas de recolección de datos en la institución),** los datos personales relacionados serán custodiados por 5 años y luego será destruido, y que una vez finalizado el estudio se me hará llegar una copia de los resultados y/o presentación a través de un seminario.

La participación de los sujetos de investigación es LIBRE Y VOLUNTARIA e INDEPENDIENTE de esta autorización y de su padre, madre y/o tutores legales.

Se me ha comunicado que toda la información que se entregue será confidencial (no será identificado el nombre de las y los participantes), usada únicamente para los fines de esta investigación, y estará protegida y resguardada en **(señale si será en una oficina, sala, laboratorio, etc.)**, bajo la custodia de **(nombre responsable de guardar los datos)** de manera que solo las o los investigadoras/es puedan acceder a ella.

Estoy en conocimiento de que esta investigación cuenta con aprobación Ética Científica. Para cualquier duda que se presente o si se vulneran sus derechos puede contactarse con el Dr. Jairo Vanegas López, Presidente del Comité de Ética de la Universidad de Santiago de Chile, CEI-USACH, al teléfono 2-2-7180293 o al correo electrónico comitedeetica@usach.cl. También puede solicitar más información sobre la ética del proyecto con el Dr. Luis Barrera Salas, representante del Comité UMCE en el teléfono 22-322-9193 y en el correo electrónico [evaluacion.etica@umce.cl](mailto:evaluacion.etica@umce.cl)

Sin perjuicio de lo anterior, manifiesto que la institución que represento cautelará que toda la información recogida en el marco de esta investigación se utilice de acuerdo a lo señalado en la Ley 20.120 sobre Investigación Científica en el Ser Humano, Ley 20.584 sobre los Derechos de los Pacientes en Salud y en la Ley 19.628 sobre la Protección de la Vida Privada.

***Declaro que he recibido un duplicado de este documento.***

|  |
| --- |
| **Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Timbre de la Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |