**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESORES**

**(SEÑALE AQUÍ el nombre de procedimiento o instrumento - INDIQUE AQUÍ a quién está dirigido)**

Usted ha sido invitado(a) a participar en el estudio (**nombre del proyecto**)*,* a cargo del/de la investigador/a (**nombre del investigador principal**), docente de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.

El objetivo principal de este trabajo es (**objetivo general de la investigación**).

Si acepta participar en este estudio requerirá (**responder/realizar/participar)** en (**nombre de procedimiento o instrumento, si utiliza siglas señale el nombre completo y luego la sigla)** que tiene por objetivo (**objetivo del procedimiento, también explicar brevemente en qué consiste)**, durante (**periodo de aplicación en meses, semanas o días**).

Esta actividad se efectuará de manera (**indicar si es** **personal o grupal**) y el tiempo estipulado para su aplicación es de (**tiempo expresado en minutos**) aproximadamente.

Su participación es totalmente voluntaria y podrá abandonar la investigación sin necesidad de dar ningún tipo de explicación o excusas y sin que ello signifique algún perjuicio o consecuencia para usted.

Además, tendrá el derecho a no responder preguntas si así lo estima conveniente **(no incluir esta frase si no corresponde al tipo de instrumento)**.

La totalidad de la información obtenida será de carácter confidencial, para lo cual los informantes serán identificados con código, sin que la identidad de los participantes sea requerida o escrita en el (**nombre de procedimiento o instrumento)** a responder.

Los datos recogidos serán analizados en el marco de la presente investigación, su presentación y difusión científica será efectuada de manera que los usuarios no puedan ser individualizados. Sus datos estarán protegidos y resguardados en **(señale si será en una oficina, sala, laboratorio, etc.)**, bajo la custodia de **(nombre responsable de guardar los datos),** de manera que solo los investigadores puedan acceder a ellos. Solo los investigadores pueden acceder a ella, el custodio de la información (nombre responsable) guardará los datos personales relacionados por 5 años una vez terminada la investigación, posterior se destruirá.

Su participación en este estudio no le reportará beneficios personales, no obstante, los resultados del trabajo constituirán un aporte al conocimiento en torno (**indicar relevancia social de la participación**).

Si tiene consultas respecto de esta investigación, puede contactarse con el/la investigador/a responsable, (**nombre del/de la investigador/a principal**) al teléfono (**número de teléfono**) o a su correo electrónico (**correo electrónico**).

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)

Por medio del presente documento declaro haber sido informado de lo antes indicado, y estar en conocimiento del objetivo del estudio.

***Manifiesto mi interés de participar en este estudio y declaro que he recibido un duplicado firmado de este documento que reitera este hecho.***

***Acepto participar en el presente estudio:***

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad Día Mes Año**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y Firma Investigador (a) Principal**