

–Carta de Autorización “KAOS_Espacio creativo”

Yo, _____, cédula nacional de identidad N° _____ en calidad de apoderado del menor _____ (“Menor”), cédula nacional de identidad N° _____, por medio de la presente carta, autorizo expresamente la participación del Menor a descubrir el nuevo Espacio Creativo, que se realizará en la calle Puma 1180, comuna de Recoleta, el _____ de 2019, entre las 9.30 y las 13.00 horas, organizado por la Fundación Gabriel & Mary Mustakis, RUT N° 72.251.700-8 (la “FGMM”).

Dicha invitación incluye la realización de una jornada de actividades recreativas que el Menor realizará en conjunto con otros estudiantes y monitores de la FGMM. La jornada se desarrollará entre las 9:30 y las 13:00 horas, y contempla una programación de aprendizaje experiencial, donde los niños podrán vivir experiencias en torno al cuerpo, alma y mente, sustentadas en el aprender a aprender, aprender a hacer y aprender colaborativamente.

En mi calidad de apoderado del Menor libero expresamente a la FGMM de toda responsabilidad por eventuales incidentes y/o accidentes que puedan ocurrir en el marco de actividad en cuestión y su ejecución, renunciando desde ya a ejercer cualquier acción en contra de la FGMM, sus directivos, su personal y/o colaboradores.

Asimismo, de conformidad a lo indicado en el Artículo 4° de la Ley 19.628 sobre protección de datos de carácter personal, autorizo expresamente y cedo en forma gratuita e indefinida a la FGMM, el derecho a utilizar el nombre y la imagen del Menor en material gráfico y en redes sociales y de comunicación de la FGMM, siempre dicho uso no infrinja ningún derecho del Menor y respete la legislación vigente. En virtud de lo anterior, renuncio a cualquier tipo de compensación monetaria y/o acciones que al respecto que me pudieran corresponder, liberando a la FGMM, a sus trabajadores y colaboradores, de cualquier responsabilidad.

En Santiago, a _____ de 2019.

Firma Apoderado: _____
Nombre Apoderado: _____
C.N.I. Apoderado: _____
Teléfono de Contacto: _____
Email: _____
Dirección: _____
Alergias/Condiciones médicas _____

¿Le gustaría recibir información sobre este tipo de actividades al email o N° de teléfono indicado anteriormente? Sí ___ NO ___

Firman en señal de aceptación de la presente autorización:

George Anastassiou Mustakis

Magdalena Krebs Kaulen

En representación de FUNDACIÓN GABRIEL Y MARY MUSTAKIS